

แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ MANAGEMENT OF SLEEP DISORDERS IN THE ELDERLY



สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-974-422-477-4

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2551

พิมพ์ที่ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ปัญหาเรื่องการนอนหลับเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต บุคคลทั่วไปต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของชีวิตกับการนอนหลับ และการนอนหลับเป็นช่วงเวลาสำคัญของขบวนการทางสรีรวิทยาและชีววิทยาระดับโมเลกุลร่างกาย เพื่อจัดสภาพการทำงานของร่างกายให้ปกติปรับสภาพจิตใจตอบสนองต่อความเครียด วิตกกังวล และขัดแย้งทางจิตใจ ปัญหาการนอนหลับส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อ่อนเพลีย หงุดหงิด เครียด ไม่มีสมาธิในการทำงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและหน้าที่การงานเสียไป ไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนที่ต้องการการตัดสินใจฉับไวได้ รับประทานอาหารได้น้อยและยังเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ปัญหาเรื่องการนอนหลับประกอบด้วย การนอนหลับยาก นอนไม่พอ นอนหลับไม่สนิท และการนอนหลับมากเกินไป การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ เป็นการบ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รวมถึงโรคทางกายและระบบประสาท ซึ่งควรได้รับการตรวจรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จึงได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิต ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมประสาทวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สถาบันโรคทรวงอก สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ โรงพยาบาลมนารมย์ และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามหลักวิชาการ มุ่งเน้นการนำหลักฐานทางการแพทย์ที่มีอยู่มาใช้โดยคำนึงถึงความสามารถในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุข

ในโอกาสนี้ กรมการแพทย์ ขอขอบคุณคณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการรวบรวมข้อมูลและทบทวนเนื้อหาแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางเวชปฏิบัติเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ



(นายแพทย์เรวัต วิสrutavech)

อธิบดีกรมการแพทย์

กันยายน 2551

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	9
ข้อแนะนำการใช้	11
ส่วนที่ 1 แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ คำย่อ	13 16
ส่วนที่ 2 รายละเอียดของแนวทางปฏิบัติ	17
บทที่ 1 การซักประวัติ	19
บทที่ 2 การตรวจร่างกาย	33
บทที่ 3 การตรวจสภาพจิต	36
บทที่ 4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	42
บทที่ 5 การวินิจฉัยโรค	44
บทที่ 6 การรักษาอาการนอนไม่หลับแบบไม่ใช้ยา	49
บทที่ 7 การรักษาอาการนอนไม่หลับแบบใช้ยา	53
ส่วนที่ 3 ภาคผนวก ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ	57
ภาคผนวกที่ 1 ธรรมชาติของการนอนหลับ	58
ภาคผนวกที่ 2 นอนไม่หลับ	61
ภาคผนวกที่ 3 การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ	72
ภาคผนวกที่ 4 การเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ	77
ภาคผนวกที่ 5 Circadian rhythm sleep disorders และความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ อย่างอื่นในผู้สูงอายุ	80
ภาคผนวกที่ 6 เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตชนิดต่างๆ ที่อาจจะมีอาการนอนหลับ ผิดปกติร่วมด้วย	86
ภาคผนวกที่ 7 บันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep log หรือ sleep diary) อย่างง่าย	92
ภาคผนวกที่ 8 สถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ	93

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ	15
--------------	---	----

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	20
ตารางที่ 2	หัวข้อการตรวจร่างกาย	33
ตารางที่ 3	หัวข้อการตรวจสภาพจิต	37
ตารางที่ 4	หัวข้อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	42
ตารางที่ 5	แสดงคุณสมบัติของยาที่ใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ	68
ตารางที่ 6	บันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep log หรือ sleep diary) อย่างง่าย	92

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1	แสดง hypnogram ของคนวัยต่าง ๆ	59
----------	-------------------------------	----

คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ

1. ศ.น.พ.ประเสริฐ บุญเกิด	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
2. ศ.น.พ.สุชาติ พหลภาคย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ประธานคณะกรรมการ
3. ศ.น.พ.พิเชฐ อุดมรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
4. พ.ญ.สิรินทร์ นันศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะกรรมการ
5. รศ.น.พ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
6. ผศ.พ.ญ.รวีวรรณ นิเวศพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
7. รศ.พ.ญ.วรพรรณ เสนาณรงค์	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	คณะกรรมการ
8. น.พ.สุรัชย์ เกื้อศิริกุล	โรงพยาบาลมหารมย์	คณะกรรมการ
9. พ.ญ.เบญจมาศ อินทรโกตา	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	คณะกรรมการ
10. น.พ.โยธิน ชินวรวัช	สมาคมประสาทวิทยา	คณะกรรมการ
11. น.พ.อนนท์ ปริณายกานนท์	โรงพยาบาลราชวิถี	คณะกรรมการ
12. น.พ.ธเนศ เตมกลั่นจันทร์	สถาบันประสาทวิทยา	คณะกรรมการ
13. พ.ญ.กัลยา ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก	คณะกรรมการ
14. นางขจิตรัตน์ ขุนประเสริฐ	ผู้แทนกรมสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
15. น.พ.ธานินทร์ สนธิรักษ์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะกรรมการ
16. น.พ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ
17. นางจันทนงค์ อินทร์สุข	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	คณะกรรมการ
18. นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะกรรมการและเลขานุการ
19. นางสาวภัทรชนิษฐ์ หวังผล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะกรรมการและเลขานุการ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้ เป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากร และเงื่อนไขของสังคมไทย โดยหวังผลในการสร้างเสริม และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ข้อเสนอแนะต่างๆ ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับของการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อเสนอแนะนี้ได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณที่เป็นที่ยอมรับในสังคม

บทนำ

ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้น แพทย์จึงต้องมีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคหรือภาวะต่างๆ ที่พบได้มากในผู้สูงอายุ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นภาวะหนึ่งที่พบได้มากในผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่า ความสูงอายุเป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่พบในผู้สูงอายุได้แก่ นอนไม่หลับ นอนหลับเป็นช่วงๆ (sleep fragmentation) ประสิทธิภาพในการนอนหลับลดลง การนอนหลับลึก สั่นลง หรือเกิดภาวะการหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (sleep-related breathing disorder) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจจะสัมพันธ์กับเซลล์ประสาทตายตามอายุและ suprachiasmatic circadian generator ผิดปกติ

ความรู้ทั่วไประดับพื้นฐานเรื่องการนอนหลับ

1. การนอนหลับคืออะไร

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของสมองที่เกิดขึ้นในเวลากลางคืน สมองส่วนใหญ่จะหยุดพักการทำงาน เพื่อสะสมพลังงานให้มากพอที่จะนำไปใช้ในเวลากลางวันของวันถัดไป แต่เซลล์ของสมองบางกลุ่มกลับทำงานมากขึ้นเช่น ต่อมใต้สมองยังคงสร้าง growth hormone และต่อม pineal ยังคงสร้างและปล่อย melatonin

2. การนอนหลับสำคัญอย่างไร

การนอนหลับมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์หลายด้าน

- เป็นปัจจัยพื้นฐานลำดับที่ 5 ของการดำรงชีวิตของมนุษย์
- สุขภาพของมนุษย์ทั้งในภาวะปกติและภาวะไม่ปกติหรือภาวะเจ็บป่วย ถ้ารักษาโรคแล้วแต่การนอนหลับของผู้ป่วยยังไม่ปกติ อาจจะส่งผลทำให้การรักษาโรคนั้นอาจจะไม่หายหรือหายยากมาก โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคปวดศีรษะ ไมเกรน และโรคปวดเรื้อรังทุกชนิด
- การเจริญเติบโตโดยเฉพาะในวัยเด็ก
- สติ ปัญญา ความคิด ความจำ ถ้าการนอนหลับไม่ดีจะทำให้ความสามารถเหล่านี้ไม่มีคุณภาพ

3. ธรรมชาติของการนอนหลับปกติ เป็นอย่างไร

- การนอนหลับไม่ได้เป็นกระบวนการที่หยุดนิ่งอยู่กับที่ แต่จริงๆ แล้วเป็นเรื่องที่ตรงกันข้าม
- มีการเปลี่ยนแปลงคู่ขนานกับอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ (ดู hypnogram) ในวัยเด็ก การนอนหลับจะมากกว่าวัยสูงอายุ เด็กระดับอนุบาลจะมีการนอนหลับตอนเช้า และตอนบ่าย (morning และ afternoon sleep) การหลับช่วงเช้าในวัยประถมจะหายไป เหลือเฉพาะการหลับตอนบ่าย ในวัยรุ่นไม่ควรมี day time sleep ในวัยสูงอายุอาจมีการงีบช่วงบ่าย (afternoon sleep) บ้าง
- การนอนมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการคล้าย “ต้นไม้” อยากได้การนอนหลับที่มีคุณภาพต้องรดน้ำ พรุนดินใส่ปุ๋ย ตั้งแต่วัยเด็กด้วยการรักษาสุขอนามัยการนอนหลับอย่างเคร่งครัด ต้นไม้แห่งการนอนหลับจะเจริญเติบโตเต็มที่แข็งแรง..... หรือจะเป็นต้นไม้แคระแกรน..... “บอนไซ” ก็ได้

4. การวัดการนอนหลับที่มีคุณภาพ

- ทางกายภาพ : วัดด้วย EEG / polysomnogram
- ประชาชนทั่วไป : “วัดด้วยความรู้สึกเมื่อตื่นนอน” ตื่นมาแล้วมีความรู้สึกว่าได้หลับสนิท นอนเต็มอิ่ม สดชื่น กระปรี้กระเปร่า กลางวันไม่มีอาการง่วง มากกว่าการวัดด้วย “จำนวนชั่วโมงของการนอนหลับ”

5. การพัฒนาคุณภาพการนอนหลับ

- สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการออกกำลังกายแอโรบิควันละ 30-45 นาที อย่างสม่ำเสมอทุกวันควบคู่กับการรักษาสุขอนามัยการนอนหลับอย่างเคร่งครัด
- การใช้ยานอนหลับระยะยาวจะทำให้คุณภาพการนอน เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม คือ แย่ลงเรื่อยๆ ผลสุดท้ายอาจนอนไม่หลับ ถึงแม้จะใช้นั้นเป็นจำนวนมาก

6. ปัญหาเรื่องการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีหลายแบบ

- นอนไม่หลับ / หลับยาก
- ตื่นบ่อย / ตื่นดึก
- นอนไม่พอ
- หลับมาก / นอนผิดเวลา

7. จากอาการนอนไม่หลับหรือนอนมากหรือนอนหลับแล้วมีพฤติกรรมผิดปกติสามารถนำไปจัดเป็นกลุ่มความผิดปกติชนิดต่างๆ ดังนี้

- นอนไม่หลับ (Insomnia)
- การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related breathing disorders)
- การเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related movement disorders)
- Circadian rhythm sleep disorders
- ปัญหาการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Dementia-related sleep problems)
- นอนหลับมากเกินไป (Hypersomnia)
- Parasomnias

ข้อแนะนำการใช้

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ (Clinical Practice Guideline : Management of Sleep Disorders in the Elderly) ฉบับนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นการสรุปแนวทางปฏิบัติด้วยแผนภูมิ แสดงการเคลื่อนไหวของแนวทางการปฏิบัติและเป็นตัวกำหนดการเรียงและรายละเอียดของบทความที่ตามมา ตอนท้ายของส่วนที่ 1 เป็นการรวบรวมคำย่อต่างๆ ที่ใช้ในแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้

ส่วนที่ 2 รายละเอียดของแนวทางปฏิบัติ เป็นการรวบรวมแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบระเบียบ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาซึ่งประกอบด้วย การรักษาแบบไม่ใช้ยาและการรักษาแบบใช้ยา

ส่วนที่ 3 ภาคผนวก เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ ชนิดต่างๆ การวินิจฉัยความผิดปกติชนิดต่างๆ ที่มีอาการนอนหลับผิดปกติร่วมด้วย

ผู้นิพนธ์ขอแนะนำผู้ใช้นำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ว่าในระยะแรกของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ โปรดทำความเข้าใจตั้งแต่ส่วนที่ 1 ทำความเข้าใจไปเรื่อยๆ จนถึงส่วนสุดท้าย พิจารณานำเนื้อหาในภาพรวมว่าในเล่มประกอบด้วยอะไรบ้าง แต่ละอย่างอยู่ที่ไหน และเมื่อลงมืออ่านก็ขอให้อ่านไปเรื่อยๆ จะเกิดความรู้แบบสะสมขึ้นเรื่อยๆ ที่สุดผู้ใช้น่าจะเกิดความเข้าใจตลอดเล่มแนวทางเวชปฏิบัติ เวลาปฏิบัติงานจริงจะสามารถดึงแผนภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อย่นย่อเวลาในการปฏิบัติงานลง

ความหมายของสัญลักษณ์ในแผนภูมิ มีรายละเอียดดังนี้

1. กรอบสี่เหลี่ยม



เป็นกรอบที่บรรจุข้อความที่แสดงปัญหา เช่น อาการ กลุ่มอาการ

2. กรอบสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด



เป็นกรอบที่บรรจุข้อความที่แสดงการตัดสินใจปฏิบัติ เช่น การประเมิน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย เป็นต้น

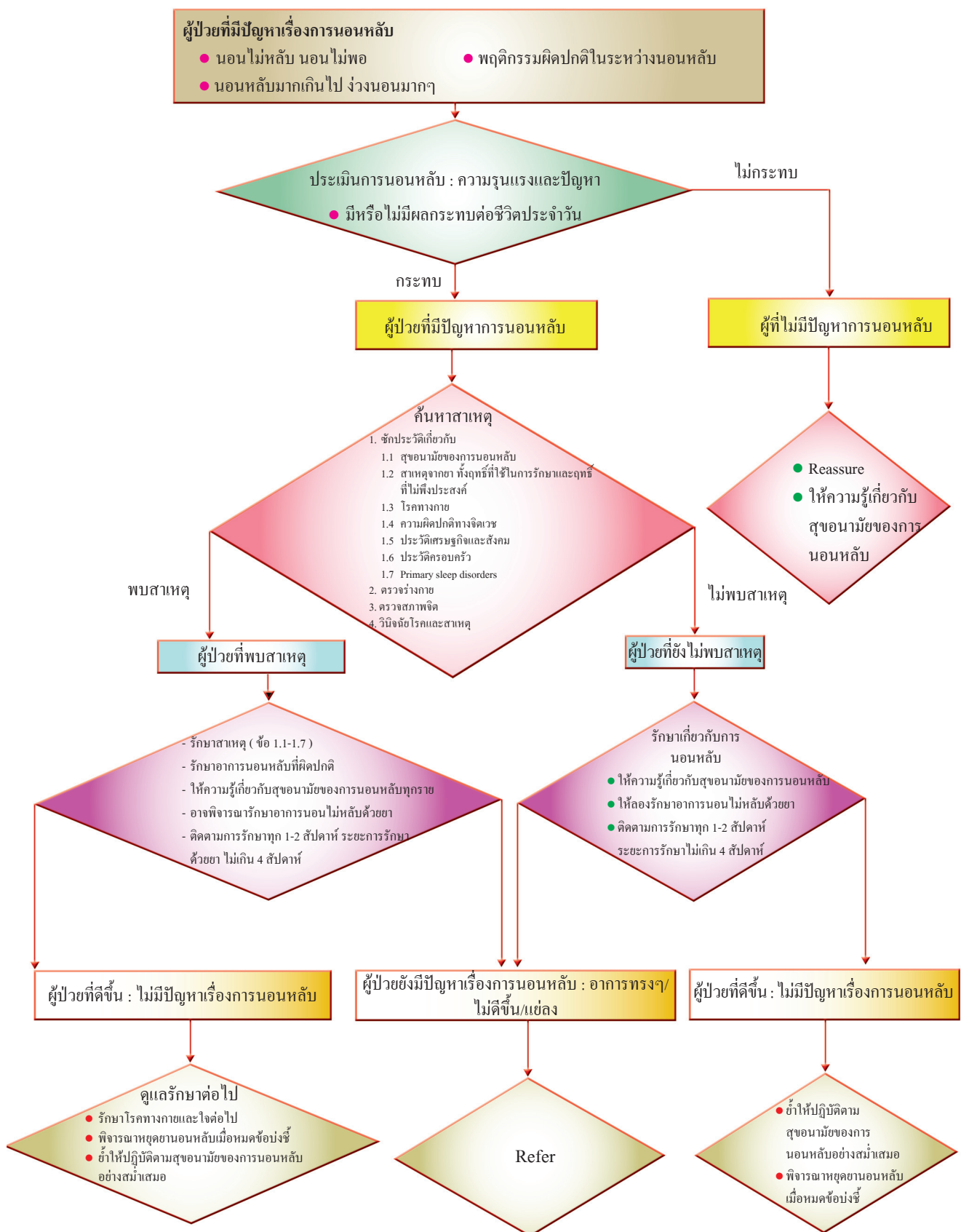
หากสถานพยาบาลไม่สามารถทำตามแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ได้ ให้ใช้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วยโดยตรงหรืออาจจะพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยมากกว่า

ส่วนที่ 1

แผนภูมิแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุ
ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ



แผนภูมิที่ 1 แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ



คำย่อ	
คำย่อ	คำเต็ม
ASPS	Advanced sleep phase syndrome
BMI	Body mass index
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CRF	Chronic renal failure
DI	Diabetes insipidus
DM	Diabetes mellitus
HIV	Human immunodeficiency virus
OSA	Obstructive sleep apnea
OSAHS	Obstructive sleep apnea hypopnea syndrome
PLMD	Periodic limb movement disorder
SNRI	Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitor
RLS	Restless legs syndrome
UTI	Urinary tract infection

ส่วนที่ 2

รายละเอียดของแนวทางปฏิบัติ





บทที่ 1

การชักประวัติ

การชักประวัติเกี่ยวกับการนอนหลับจะกระทำได้ดีแพทย์จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่ปกติอย่างคร่าวๆ ดูรายละเอียดเรื่องนี้ได้จากภาคผนวก

ในช่วงแรกเป็นการชักประวัติเพื่อแยกแยะว่าความผิดปกติของการนอนหลับของผู้ป่วยน่าจะจัดอยู่ในประเภทนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ประวัติที่จะต้องซักได้แก่รายละเอียดเกี่ยวกับการนอนหลับ ความบอຍของอาการ ความรุนแรง ระยะเวลาที่มีอาการ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ในตอนกลางวัน แพทย์ควรจะซักประวัติเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยจากคนที่นอนข้างผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบบางอาการที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยในขณะหลับ เช่น การกรน การเคลื่อนไหวของแขนขา และพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นเฉพาะในขณะนอนหลับ เช่น การละเมอพูด ละเมอเดิน เป็นต้น

ถ้าพบว่าอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปไม่รุนแรง ไม่กระทบชีวิตประจำวัน แพทย์ก็อาจจะให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่ได้มีความผิดปกติที่รุนแรง อย่างไรก็ตามแพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับและนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาด้วย

ถ้าอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปมีความรุนแรง แพทย์จะชักประวัติต่อไปเพื่อค้นหาสาเหตุของการนอนหลับที่ผิดปกติ สาเหตุได้แก่การมีสุขอนามัยของการนอนหลับไม่ดี กำลังใช้ยาทั้งยาทางการแพทย์และหรือยาเสพติด มีโรคทางกาย ความผิดปกติทางจิตชนิดต่างๆ สาเหตุข้างต้นทำให้เกิดได้ทั้งอาการนอนไม่หลับ ง่วงกลางวันหรือนอนหลับมากเกินไป ต่อไปเป็นการชักประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับโดยตรง ได้แก่การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (sleep-related breathing disorders) การเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (sleep-related movement disorders) circadian rhythm sleep disorders ปัญหาการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (dementia-related sleep problems) นอนหลับมากเกินไป (hypersomnia) และ parasomnias

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
1. ประวัติเกี่ยวกับการนอนหลับ	เป็นการซักประวัติเพื่อค้นหาข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป การซักประวัติประกอบด้วย 1. การซักถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอ¹ อาการนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอหมายถึงการมีอาการต่อไปนี้อย่างใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อ ผสมกันอย่างไรก็ได้ ร่วมกับการมีอาการในข้อที่ 4 1. กว่าจะเริ่มหลับได้ต้องใช้เวลาานมากกว่าปกติ 30-45 นาที 2. แต่ละคืนตื่นกลางดึกหลายๆ ครั้ง 3. ตื่นเช้าวาปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ 4. ตื่นแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหรือรู้สึกว่อนอนหลับไม่เต็มอิ่ม ผู้ป่วยอาจจะมีอาการหลายข้อ ขณะที่ไม่ตั้งใจนอน เช่น ขณะกำลังอ่านหนังสือกลับจับหลับได้ก็มี แพทย์จะวินิจฉัยต่อเมื่ออาการนอนไม่หลับทำให้เกิดอาการในข้อที่ 4 เท่านั้น 2. การซักถามเกี่ยวกับอาการนอนหลับมากเกินไปหรือง่วงเกินไป อาการนอนหลับมากเกินไปหรือง่วงเกินไปหมายถึงการมีอาการต่อไปนี้อย่างใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อ ร่วมกับการมีอาการในข้อที่ 3² 1. กลางคืนนอนนานมาก (Prolonged night time sleep) นอนมากกว่าคืนละ 10 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ เป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ 2. กลางวันมีอาการง่วงมาก (Excessive daytime sleepiness) 3. ความง่วงอาจส่งผลกระทบต่อไปนี้ 3.1 ทำให้เกิดอุบัติเหตุ กระทบคุณภาพชีวิต การสังคม และเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล 3.2 อาการง่วงมากตอนกลางวันทำให้ผู้ป่วยงีบหลับในตอนกลางวันหลายครั้ง แม้งีบก็ไม่ทำให้สดชื่นขึ้น ถ้าได้นอนเป็นเวลานานจะตื่นยาก ตื่นขึ้นมาแล้วอาจมีอาการสับสน 3.3 ผู้ป่วยอาจจะมีอาการอย่างอื่นเช่นวิตกกังวล หงุดหงิด เริ่ยนแรงน้อย คิดช้าพูดช้า ไม่เจริญอาหาร ประสาทหลอน ความจำไม่ดี ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จะช่วยทำให้เข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปต่อไปเป็นการซักประวัติเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคว่าอาการที่เป็นเกิดจากภาวะหรือโรคอะไร

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
2. ประวัติเกี่ยวกับอุปนิสัยของการนอนหลับ	อุปนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับช่วยบอกสุขอนามัยของการนอนหลับ (sleep hygiene)³ สาเหตุที่พบบ่อยมากของการนอนไม่หลับแม้ว่าผู้ป่วยจะมีโรคทางกายหรือทางจิตร่วมด้วยคือสุขอนามัยของการนอนหลับไม่ดี ประวัติเกี่ยวกับสุขอนามัยของการนอนหลับ ได้แก่ 1. จิบกลางวัน จำนวนครั้ง แต่ละครั้งนานเท่าใด 2. ออกกำลังกายเวลาอะไร ระยะเวลาแต่ละครั้ง ความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย 3. ดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวันไปแล้วหรือไม่ 4. ใช้น้ำที่กระตุ้นระบบประสาทหรือไม่ ใช้น้ำใด 5. รับประทานอาหารหนักๆ ก่อนเข้านอนหรือปล่อยให้เกิดอาการหิวก่อนเวลาเข้านอนหรือไม่ 6. สภาพของห้องนอน ความเงียบ ความสบาย อากาศ ความเย็น อุปกรณ์ที่ทำให้วัตถุประสงค์ของห้องนอนผิดไป เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เครื่องบันเทิง 7. กิจกรรมที่มักทำก่อนเข้านอน 8. เวลาที่เข้านอนในแต่ละวัน ความสม่ำเสมอ 9. เวลาที่เริ่มหลับได้ 10. จำนวนครั้งที่ตื่นกลางดึกแต่ละคืนและตื่นแต่ละครั้งนานเท่าไร สิ่งที่ทำตอนตื่นกลางดึก เช่น ดื่มน้ำ ไปเข้าห้องน้ำ ลูกขึ้นทำงาน ดูรายการโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น 11. การเคลื่อนไหวของแขนขาในขณะที่หลับ 12. เวลาที่ตื่น ความสม่ำเสมอ 13. แพทย์อาจจะขอให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลข้างต้นทุกวันนาน 2 สัปดาห์ บันทึกนี้เรียกว่า sleep log ซึ่งมีประโยชน์มากในกรณีที่อาการนอนไม่หลับเกิดจาก circadian rhythm disturbances 14. ควรจะสอบถามข้อมูลจากคนที่นอนร่วมกับผู้ป่วยซึ่งมักจะสามารให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการกรน การเคลื่อนไหวของขา พฤติกรรมหรือเหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
3. ประวัติการใช้ยา	ยาที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ หรือทำให้เกิดอาการนอนมากง่วงมาก¹ 1. ยารักษาอารมณ์เศร้า 1.1 Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) เช่น ยา fluoxetine, sertraline, citalopram และ paroxetine 1.2 Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI) เช่น ยา venlafaxine และ duloxetine 1.3 Bupropion 2. ยารักษาความดันโลหิตสูง α- blocker, β-blocker 3. Chemotherapy 4. ยาขับปัสสาวะ 5. Decongestant - Phenylephrine, pseudoephedrine 6. ฮอร์โมน - Steroid, thyroid hormone 7. ยาเกี่ยวกับการหายใจ - Albuterol, theophylline 8. Stimulant - Amphetamine กาแฟ methylphenidate, modafinil ยาเสพติด เช่น opioid โทเคน
4. ประวัติการเป็นโรคทางกาย	โรคทางกายและภาวะทางกายที่มีอาการนอนไม่หลับหรือนอนมากง่วงมากร่วมด้วย¹ 1. มะเร็ง 2. โรคทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น congestive heart failure 3. กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง 4. ความผิดปกติของผิวหนัง เช่น eczema , psoriasis และ urticaria 5. ความผิดปกติทาง endocrine เช่น โรคไทรอยด์ 6. ความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น gastroesophageal reflux, inflammatory bowel disease และ irritable bowel disorder 7. โรคติดเชื้อ เช่น HIV และ Lyme disease 8. ความผิดปกติของระบบประสาทเช่น โรคสมองเสื่อม และ Parkinson disease 9. Perimenopause 10. ความผิดปกติของปอด เช่น โรคหืด COPD 11. ความผิดปกติชนิด rheumatoid เช่น ข้ออักเสบ และ fibromyalgia 12. ความผิดปกติในระบบปัสสาวะ เช่น nocturia และ prostatic hypertrophy

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
5. ประวัติการเป็นความผิดปกติทางจิตเวช	ความผิดปกติทางจิตเวชหลายชนิดทำให้การนอนหลับผิดปกติซึ่งเป็นไปได้ทั้งนอนไม่หลับและนอนหลับมากเกินไป ความผิดปกติของการปรับตัว (Adjustment disorder) การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลต่อไปนี้⁴ 1. มีอาการทางอารมณ์หรือมีพฤติกรรมหรือการนอนหลับผิดปกติที่เป็นการตอบสนองความเครียด 2. อาการเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน นับแต่ความเครียดนั้นเริ่มเกิดขึ้น 3. อาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบดังนี้ 3.1 ทำให้ทุกข์หรือทรมานอย่างเห็นได้ชัด 3.2 การทำหน้าที่ทางสังคมหรือทางอาชีพ (การเรียน) บกพร่อง 4. พื้นที่ที่ความเครียดหรือผลพวงของความเครียดหายไป อาการทางจิตหรือพฤติกรรมหรือการนอนหลับที่ผิดปกติจะต้องหายด้วย ถ้ายังมีอาการอยู่อาการจะอยู่ต่อได้ไม่เกิน 6 เดือน นับจากความเครียดหายไป ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลต่อไปนี้⁵ 1. วิตกกังวลอย่างมาก เครียด หวาดหวั่น เป็นบ่อย เป็นอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน 2. วิตกกังวลหลายเรื่อง เช่น งาน การเรียน เป็นต้น 3. ควบคุมความวิตกกังวลได้ยากมาก 4. ความวิตกกังวลเกิดร่วมกับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้ 3 ข้อหรือมากกว่า 3 ข้อก็ได้ 4.1 กระสับกระส่าย หรือรู้สึกวุ่นวาย นิ่งไม่ติด 4.2 อ่อนเพลียง่าย 4.3 สมาธิไม่ดีหรือรู้สึกวุ่นวายที่คิดอะไรไม่ออก 4.4 หงุดหงิด 4.5 กล้ามเนื้อตึงเครียด 4.6 นอนหลับผิดปกติ เช่น เข้านอนแล้วหลับยาก หลับไม่ต่อเนื่องหรือหลับกระสับกระส่าย นอนหลับไม่เต็มอิ่ม 5. ความวิตกกังวลส่งผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกทรมานหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม อาชีพหรือการทำงานที่ด้านอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
5. ประวัติการเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (ต่อ)	ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า (Major depressive episode) การวินิจฉัย major depressive episode อาศัยข้อมูลต่อไปนี้⁶ - ในรอบ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ 5 ข้อหรือมากกว่า โดย 1 ใน 5 ข้อนี้จะต้องมีข้อ 1.1 หรือข้อ 1.2 ร่วมด้วย - อารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน เศร้าเกือบทุกวัน - ความสนใจใฝ่ดีหรือความรู้สึกสนุกสนานในสิ่งต่างๆ หรือเรื่องราวต่างๆ ทุกสิ่งทุกอย่างหรือเกือบทุกสิ่งทุกอย่างลดน้อยลงไปอย่างเห็นได้ชัด - น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นจากเดิมเกินร้อยละ 5 ภายในรอบ 1 เดือน หรือการเจริญอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้น เป็นเกือบทุกวัน - นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเป็นเกือบทุกวัน - ทั้งกายและใจพลุ่งพล่านกระวนกระวายหรือเซื่องซึม เป็นเกือบทุกวัน - อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง เป็นเกือบทุกวัน - รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกว่าตนเองมีความผิดอย่างมากๆ หรือไม่เหมาะสม เป็นเกือบทุกวัน - ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้ เป็นเกือบทุกวัน - มีความคิดเกี่ยวกับความตาย (ไม่ใช่เพียงกลัวว่ากำลังจะตาย) มีการคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแต่ยังไม่มีแผนการเป็นการเฉพาะเกิดขึ้น เป็นแล้วเป็นอีก (recurrent) หรือมีการพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นครั้งหนึ่งแล้วหรือมีแผนการเป็นการเฉพาะแล้วว่าจะฆ่าตัวตายสำเร็จ - อาการที่เกิดขึ้นทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน หรือทำให้การทำหน้าที่ต่อไปนี้บกพร่อง (impaired) ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือการทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ความผิดปกติชนิดโรคจิตชั่วคราว (Brief psychotic disorder) การวินิจฉัย Brief psychotic disorder อาศัยข้อมูลต่อไปนี้⁷ - มีอาการต่อไปนี้หนึ่งข้อหรือมากกว่า - หลงผิด - ประสาทหลอน - คำพูดสับสนไม่เป็นระเบียบ (Disorganized speech) เช่น พูดออกนอกเรื่อง (derailment) หรือ incoherence - พฤติกรรมสับสนไม่เป็นระเบียบ (Grossly disorganized behavior) หรือพฤติกรรมแบบ catatonia อาการในข้อ 1.1-1.4 เป็นอาการที่สำคัญ อย่างไรก็ตามมักมีการนอนหลับผิดปกติร่วมด้วย - ระยะเวลาที่มีอาการอย่างน้อยที่สุดนาน 1 วัน แต่ต้องน้อยกว่า 1 เดือน และภายหลังการรักษาจะต้องกลับไปสู่ความสามารถเดิมๆ ก่อนหน้าป่วยได้

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
5. ประวัติการเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (ต่อ)	ความผิดปกติชนิดจิตเภท (Schizophrenia) การวินิจฉัยความผิดปกติชนิดจิตเภทอาศัยข้อมูลต่อไปนี้⁸ 1. ในรอบ 1 เดือนจะต้องมีอาการต่อไปนี้ 2 อาการหรือมากกว่า อาการจะต้องกินเวลามากอย่างมีนัยสำคัญภายในรอบเดือนนั้น อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ 1.1 หลงผิด 1.2 ประสาทหลอน 1.3 คำพูดสับสนไม่เป็นระเบียบ (Disorganized speech) เป็นบ่อย่อย เช่น พูดออกนอกเรื่อง (derailment) หรือ incoherence 1.4 พฤติกรรมสับสนไม่มีระเบียบ (Grossly disorganized behavior) หรือพฤติกรรมแบบ catatonia 1.5 มีอาการทางลบ (Negative symptom) เช่น สีหน้า flat, alogia, avolition ถ้าอาการหลงผิดวิตถารมากเพียงพอเดี๋ยวก็นับว่าผ่านเกณฑ์หรือถ้าประสาทหลอนเป็นเสียงพูดคอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือเป็นเสียงพูดของคน 2 คน หรือมากกว่ากำลังสนทนากัน เพียงข้อเดียวก็นับว่าผ่านเกณฑ์ ในขณะที่อาการกำลังรุนแรงหรือแม้กระทั่งเป็นเรื้อรังแล้วการนอนหลับอาจจะผิดปกติ 2. การทำหน้าที่ทางสังคม และหรืออาชีพบกพร่อง ตั้งแต่เริ่มมีอาการ การทำหน้าที่สำคัญๆ ด้านใดด้านหนึ่งบกพร่องเช่นอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลตนเองต่ำกว่าก่อนหน้าป่วย 3. ระยะเวลาที่ป่วย อาการผิดปกติเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ช่วง 6 เดือนที่วุ่นๆ จะต้องมีช่วงอย่างน้อยที่สุดนาน 1 เดือนที่มีอาการตามข้อที่ 1 ช่วง 1 เดือนนี้เรียกว่า active phase ช่วงอื่นที่เป็นประกอบได้แก่ช่วงล่วงหน้าโรค (prodrome) และช่วงอาการหลงเหลือ (residual)

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
5. ประวัติการเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (ต่อ)	Delirium การวินิจฉัย delirium อาศัยข้อมูลต่อไปนี้ - ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ เช่น - การตระหนักในสิ่งแวดล้อมลดลง - ไม่สามารถให้ความสนใจกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า - ไม่สามารถคงความสนใจไว้ หรือ - ไม่สามารถเปลี่ยนความสนใจ - Cognition เปลี่ยนแปลง เช่น - ความจำบกพร่อง disorientation ความสามารถด้านภาษาบกพร่อง - อาการรับรู้สัมผัสผิดปกติ - อาการเกิดขึ้นภายในเวลาสั้นๆ (มักจะเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และในแต่ละวันอาการมักจะขึ้นๆ ลงๆ ผู้ป่วยมักจะมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากร่วมด้วย - มีประวัติ หรือการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ชี้ว่าอาการไม่สบายข้างต้นเกิดจาก - ผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของโรคทางกาย หรือ - เกิดจากยาทางการแพทย์ หรือ - พิษของสาร หรือเกิดในขณะถอนการใช้สาร

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
6. ประวัติ เศรษฐกิจ และสังคม	ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับควรได้รับการซักประวัติสภาพเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่¹⁰ 1. รายได้ต่อเดือน แหล่งของรายได้ รายจ่ายต่อเดือน รายละเอียดของรายจ่าย 2. อาชีพ ความมั่นคง ความสัมพันธ์กับนายจ้างและผู้ร่วมงาน ความเครียดจากการทำงาน 3. ความสัมพันธ์กับคนอื่นที่คอยให้กำลังใจเกื้อหนุนผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน 4. ความสัมพันธ์ที่เพิ่งแตกหัก ได้แก่ ทะเลาะกัน แยกกัน เลิกกัน หย่ากัน การเคลื่อนย้าย การสูญเสียเพราะมีการตายเกิดขึ้น 5. การเกี่ยวข้องกับกฎหมาย กฎระเบียบ เช่น การเกณฑ์ทหาร การผิดระเบียบทางราชการ การมีคดีเกิดขึ้น 6. อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การพยายามปรับตัวเข้ากับความเครียดทางเศรษฐกิจและสังคมอาจทำให้เกิดอาการเครียด และอาจจะมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปร่วมด้วย ดูรายละเอียดจากเรื่องความผิดปกติของการปรับตัว
7. ประวัติ ครอบครัว	กลุ่มอาการหรือภาวะการนอนหลับที่ผิดปกติหรือโรคทางกายทางจิตที่ส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับที่อาจจะมีประวัติว่ามีญาติสายตรงเป็นด้วย ได้แก่ การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ¹¹ โรคของหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติชนิดจิตเภท เป็นต้น
8. การหายใจ ผิดปกติ ที่สัมพันธ์ กับการ นอนหลับ (Sleep- related breathing disorders)	การวินิจฉัยการหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related breathing disorders) อาศัยข้อมูลดังต่อไปนี้¹² 1. มีอาการนอนกรน 2. มีญาติหรือคนที่นอนร่วมกับผู้ป่วยยืนยันว่าในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจเป็นพักๆ ผู้ป่วยมีอาการหอบ อ้าปากหายใจ หายใจลำบาก น้ำลายขี้นหลังกระสับกระส่ายเหงื่อออกมาก กรดในกระเพาะอาหารไหลย้อน ปัสสาวะบ่อย 3. กลางวันมีอาการง่วงมากๆ ปวดศีรษะ สมาธิไม่ดี อ่อนเพลีย ซึมเศร้า ผู้ป่วยการหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับอาจจะมีอาการนอนหลับผิดปกติทั้งชนิดนอนไม่หลับและชนิดนอนหลับมากเกินไป

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
9. ประวัติการเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related movement disorders)	ผู้ป่วยทั้งชนิดนอนไม่หลับและชนิดนอนหลับมากเกินไปอาจเกิดจากขณะก่อนจะเข้านอนหรือนอนหลับไปแล้ว แขนขามีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทำให้นอนหลับได้ไม่ดีและทำให้ง่วงในตอนกลางวัน พบบ่อยที่ทั้ง 2 ภาวะนี้เป็นในคนเดียวกัน การเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับมี 2 ชนิด 1. Restless legs syndrome หรือ RLS การวินิจฉัย Restless legs syndrome อาศัยข้อมูลต่อไปนี้¹³ 1. รู้สึกไม่สบายที่ขาโดยเฉพาะข้อเท้า ข้อเข่า เช่นรู้สึกแปล๊บๆ มีอะไรเสียดๆ รู้สึกว่ามีเข็มแทงที่ขา เป็นสภาพที่บังคับให้ต้องขยับแขนขาเพื่อทำให้สบายขึ้น ผู้ป่วยฝืนอยู่นิ่งก็ทำไม่ได้ การขยับแขนขาอาจจะทำให้สบายขึ้นหรือสบายบ้าง ถ้าหยุดขยับแขนขาอาการไม่สบายจะกลับเป็นใหม่ อาการไม่สบายที่ขาทำให้ไม่สามารถเริ่มต้นหลับได้หรือไม่หลับเลยทั้งคืน 2. ทำให้ง่วงในตอนกลางวัน 2. Periodic limb movement disorder หรือ PLMD การวินิจฉัย Periodic limb movement disorder อาศัยข้อมูลต่อไปนี้¹⁴ 1. อาการกระตุก (jerk) ข้อเท้ามักจะพับขึ้น บางทีเป็นเฉพาะนิ้วหัวแม่เท้า 2. บางคนมีอาการ incorporating flexion ที่ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้าเตะหรือฟาดขาออกไป เป็นครั้งละ 0.5-10 วินาที หลังจากนั้นผู้ป่วยจะตื่นขึ้นมา บางคนก็เพียงตื่นแบบไม่เต็มที ผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองมีอาการแขนหรือขากระตุก 3. อาการกระตุกอาจจะเกิดขึ้นทุก 20-40 วินาที ร้อยละ 86 มีอาการ PLMD เกินชั่วโมงละ 5 ครั้ง อาจจะพบร่วมกับ RLS 4. PLMD มักรบกวนการนอนหลับ ตื่นบ่อย รบกวนทั้งเจ้าตัวและคนที่นอนข้างๆ

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติ ที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
10. ประวัติเกี่ยวกับ Circadian rhythm sleep disorders	ผู้ป่วยทั้งชนิดนอนไม่หลับและชนิดนอนหลับมากเกินไปอาจเกิดจากการเข้าอนตื้นนอนไม่ตรงกับความต้องการของร่างกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ (Circadian rhythm sleep disorders) ความผิดปกติของการนอนหลับชนิดนี้มีหลายชนิด ได้แก่ 1. กลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับเร็วขึ้น (Advanced sleep phase syndrome หรือ ASPS) และกลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับช้าลง (delayed sleep phase syndrome หรือ DSPS) การวินิจฉัย ASPS และ DSPS อาศัยข้อมูลต่อไปนี้¹⁵ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้นอนหลับและตื่นในเวลาที่ไม่เหมาะสมแก่ตนเอง ผู้ป่วย ASPS จะนอนหลับเร็วกว่าที่ตนเองอยากได้ ทำให้ตื่นเร็วกว่าที่ตนเองต้องการ ผู้ป่วยจะเริ่มง่วงนอนตั้งแต่บ่ายๆ หรือเย็นๆ ถ้าผู้ป่วยพยายามเข้าอนดึกขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงตื่นแต่เช้ามืด และอาจจะทำให้รู้สึกนอนไม่เต็มอิ่ม หรือรุ่งขึ้นมีอาการง่วงนอน ผู้ป่วย DSPS จะหลับได้หลังเวลาที่ตนเองอยากได้ ทำให้ตื่นนอนสาย ไปทำงานไม่ทัน ถ้าต้องบังคับให้ตื่นเร็วขึ้นตามเวลาที่ต้องการจะทำให้เกิดอาการง่วงนอนตอนกลางวัน ภาวะทั้ง 2 ชนิดทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือง่วงมากในตอนกลางวัน ถ้าทำ sleep log จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น 2. Jet lag การวินิจฉัย jet lag อาศัยข้อมูลต่อไปนี้¹⁵ 2.1 ผู้ป่วยได้เดินทางข้ามเส้นแบ่งเขตเวลา (transmeridian jet travel อย่างน้อยที่สุด 2 time zone) 2.2 เมื่อเดินทางถึงจุดหมายแล้วกลับมีอาการตื่น เข้าอนแล้วหลับยาก หลับไปแล้วก็ไม่สามารถหลับอย่างต่อเนื่อง ง่วงในตอนกลางวันมาก ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง 2.3 อาจมีอาการป่วยไข้ กระเพาะอาหารและลำไส้ปั่นป่วน อารมณ์เปลี่ยนแปลง Jet lag จึงเกิดจากความต้องการของร่างกายเกี่ยวกับการนอนหลับ และการตื่น (endogenous circadian sleep-wake cycle) ปรับตัวไม่เข้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอก สาเหตุเกิดจากการเดินทางไกลจนมีการเปลี่ยนแปลงใน time zone 3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ (Shift - work sleep disorder) การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลต่อไปนี้¹⁵ 3.1 มีการทำงานเป็นกะ 3.2 เมื่อถึงเวลานอนกลับมีอาการนอนไม่หลับ 3.3 ขณะทำงานมีอาการง่วงมาก 3.4 อาการนอนไม่หลับเห็นได้ชัดในกะดึกและกะเช้ามืด 3.5 การนอนไม่หลับอาจจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคมและอาจจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในขณะที่ทำงาน ความผิดปกติชนิดนี้จึงเกิดจากกะที่ทำงานและเวลาเลิกงานเพื่อจะนอนหลับเหลื่อมหรือไม่เข้ากับเวลานอนตามปกติ

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
11. ปัญหาการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Dementia-related sleep problems)	ผู้ป่วยทั้งชนิดนอนไม่หลับและชนิดนอนหลับมากเกินไปอาจเกิดจากภาวะสมองเสื่อม อาการสมองเสื่อมประกอบด้วย¹⁶ - มีอาการ cognition บกพร่อง 2 ข้อ ดังนี้ - ความจำบกพร่อง 1.1.1 ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ บกพร่อง หรือ 1.1.2 ความสามารถในการนึกเรื่องราวที่เคยได้เรียนรู้ไปแล้วบกพร่อง - มี cognition ต่อไปนี้บกพร่อง 1 อย่างหรือมากกว่า 1.2.1 Aphasia (ความสามารถทางภาษาบกพร่อง) 1.2.2 Apraxia (ไม่สามารถทำ motor activity ทั้งที่ motor function ปกติ) 1.2.3 Agnosia (ไม่สามารถ recognize หรือ identify สิ่งของทั้งที่ sensory function เป็นปกติ) - ความสามารถในการบริหารจัดการบกพร่อง (เช่น วางแผน จัดระเบียบ เรียงลำดับ สร้างกรอบแนวคิดเชิงนามธรรม) - Cognition ที่บกพร่องในข้อที่ 1.1 และ 1.2 ต่างส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านสังคม อาชีพบกพร่อง และเป็นการทำหน้าที่ได้น้อยลงไปจากความสามารถก่อนหน้านี้อย่างมีนัยสำคัญ - ผู้ป่วยอาจจะมีอาการนอนหลับผิดปกติร่วมด้วยซึ่งเป็นที่ทั้งนอนไม่หลับและนอนหลับมากเกินไป

ตารางที่ 1 หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม (ต่อ)

หัวข้อประวัติที่ควรซักถาม	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
12. นอนหลับมากเกินไป (Hypersomnia)	ภาวะนอนหลับมากเกินไป (Hypersomnia หรือ excessive sleepiness) ความผิดปกติของการนอนหลับชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง การวินิจฉัยภาวะนอนหลับมากเกินไปอาศัยข้อมูลต่อไปนี้² 1. กลางคืนจะนอนนานมาก (Prolonged night time sleep) นอนมากกว่าคืนละ 10 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ เป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ 2. กลางวันมีอาการง่วงมาก (Excessive daytime sleepiness) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดอุบัติเหตุ กระทบคุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ 3. อาการง่วงมากตอนกลางวันทำให้ผู้ป่วยงีบหลับในตอนกลางวันหลายครั้ง แม้ได้งีบก็ไม่ทำให้สดชื่นขึ้น 4. ถ้าได้งีบหรือนอนเป็นเวลานานจะตื่นยาก ตื่นขึ้นมาแล้วอาจมีอาการสับสน 5. ผู้ป่วยอาจมีอาการอย่างอื่น เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด เร็วแรงน้อย คิดช้า พุดช้า ไม่เจริญอาหาร ประสาทหลอน ความจำไม่ดี
13. Parasomnia	Parasomnia หมายถึงมีพฤติกรรมผิดปกติเกิดขึ้นในขณะหลับ การวินิจฉัย parasomnia อาศัยข้อมูลดังต่อไปนี้¹⁷ 1. ละเมอพูด อาจจะเป็นคำๆ หรือพูดเป็นข้อความยาวๆ เมื่อตื่นนอนจะจำไม่ได้ว่าได้พูดอะไรไปหรือ 2. ขณะที่นอนหลับไปได้นาน 2-3 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่กำลังหลับลึกมีอาการกลัวอย่างสุดขีด กรีดร้อง ต่อสู้ เหงื่อออกมาก มีอาการ panic ช่วงที่มีอาการจะเป็นนานประมาณ 5-20 นาที ตลอดเวลาที่มีอาการ ผู้ป่วยจะหลับแม้ว่าตาจะเปิดก็ตาม จะปลอบอย่างไรก็ไม่หายกลัว ผู้ป่วยจะจำไม่ได้ว่ามีอาการดังกล่าวหรือ 3. ฝันและออกท่าออกทางตามการฝัน ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจทำให้เกิดอาการขึ้นและอาการที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อก็ได้

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 1

1. Benca RM. Insomnia. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.36-69.
2. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
3. Morin CM. Psychological and behavioral treatments for primary insomnia. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.726-48.
4. Katzman JW, Tomori O. Adjustment disorders. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.2055-62.
5. Pine DS, McClure EB. Anxiety disorders : clinical features. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1768-79.
6. Akiskal HS. Mood disorders : clinical features. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1611-51.
7. Mojtabai R. Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorder. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1512-21.
8. Kirkpatrick B, Tek C. Schizophrenia : clinical features and psychopathology concepts. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1416-35.
9. Samuels SC, Neugroschl JA. Delirium. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1054-67.
10. Mezick EJ, Matthews KA, Hall M, Strollo PJ Jr, Buysse DJ, Kamarck TW, et al. Influence of race and socioeconomic status on sleep : Pittsburgh Sleep SCORE project. Psychosom Med 2008 ; 70(4):410-6.
11. Kaparinos A, Sampsonas F, Karkoulas K, Spiropoulos K. Obstructive sleep apnoea syndrome and genes. Neth J Med 2006 ; 64(8) : 280-9.
12. Yim S, Jordan A, Malhotra A. Obstructive sleep apnea : clinical presentation, diagnosis and treatment. In : Randerath WJ, Sanner BM, Somers VK. Editors. Sleep apnea : current diagnosis and treatment. Basel : Karger ; 2006. p.118-36.
13. Smith JE, Tolson JM. Recognition, diagnosis, and treatment of restless legs syndrome. J Am Acad Nurse Pract. 2008 ; 20(8):396-401.
14. Hogg B, Zucconi M, Provini F. RLS, PLM, and their differential diagnosis--a video guide. Mov Disord. 2007; 22 Suppl 18:S414- S419.
15. Lu BS, Manthana P, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.137-64.
16. Neugroschl JA, Kolevzon A, Samuels SC, Marin DB. Dementia. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1068-92.
17. Mahowald MW. Parasomnias. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.889-968.

บทที่ 2

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้การนอนหลับผิดปกติ ประกอบด้วย การตรวจต่างๆ ดังต่อไปนี้¹⁻⁵

ตารางที่ 2 หัวข้อการตรวจร่างกาย

หัวข้อการตรวจร่างกาย	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
1. Vital signs	การตรวจ vital signs เพื่อค้นหาสาเหตุของการนอนหลับที่ผิดปกติประกอบด้วย การตรวจดังต่อไปนี้ 1. ความดันโลหิต ความดันโลหิตสูงอาจทำให้ปวดศีรษะและเกิดอาการนอนไม่หลับ 2. ชีพจร ชีพจรเร็วอาจบ่งว่าผู้ป่วยเป็น hyperthyroidism ชีด โรคหัวใจ ชีพจรช้าอาจบ่งว่าผู้ป่วยเป็น hypothyroidism หรือเป็นโรคหัวใจ 3. อัตราการหายใจ อัตราการหายใจอาจช่วยบอกการเป็นโรคหอบหืด โรคหัวใจ 4. อุณหภูมิ การวัดอุณหภูมิอาจบอกการเป็นไข้และอาจส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับ
2. การตรวจร่างกายทั่วไป	1. วัดความสูงและชั่งน้ำหนักตัวเพื่อคำนวณค่า BMI ถ้าค่านี้มากกว่า 30 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ผู้ป่วยจะมีภาวะ obesity ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) 2. อ้วน มีไขมันรอบคอ วัดเส้นรอบวงคอ ผู้ชายถ้าได้มากกว่า 43 เซนติเมตร ผู้หญิงได้มากกว่า 41 เซนติเมตร แสดงว่าผู้ป่วยอ้วน มีความเสี่ยงต่อการเกิด OSAHS 3. เยื่อจมูกเป็นหนอง เป็นโรครูมิแพ้ nasal septum เบี้ยวจากการบาดเจ็บทำให้โพรงจมูกไม่โล่ง 4. Soft palate และลิ้นไก่ยาวเกินไป peritonsillar pillars ลิ้นไก่และเพดานอ่อนบวมแดง retropharyngeal adipose tissue มากเกินไป ตรวจสอบภาวะ congestion และโครงสร้างที่ผิดปกติ ประเมินขนาดลิ้นเปรียบเทียบกับขนาดของ oropharynx ด้วยการให้ผู้ป่วยนั่ง ศีรษะตรง อ้าปากกว้างสบายๆ แลบลิ้นให้ยาวที่สุด สังเกตช่อง oropharynx ว่ามองเห็นอวัยวะต่างๆบริเวณนั้นได้มากหรือน้อย ถ้าเห็นได้น้อย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิด OSAHS 5. ต่อมไทรอยด์โตหรือมีไขมันไปจับมาก เหล่านี้ อาจจะเป็นปัจจัยที่ predispose ให้เป็น obstructive sleep apnea 6. ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า พุดช้า ตามองต่ำ สีหน้าเศร้า ผู้ป่วยอาจจะเป็นความผิดปกติ ชนิดอารมณ์เศร้า
3. หัวใจและหลอดเลือด	1. คลำและวัดความเร็วของชีพจร ชีพจรที่เร็วหรือช้าอาจบ่งว่าเป็นโรคของต่อมไทรอยด์ โรคหัวใจ และอาจเป็นสาเหตุของการนอนหลับที่ผิดปกติ 2. สังเกตบริเวณหน้าหัวใจ คลำและสังเกตการเต้นของหัวใจ ฟังการเต้นของหัวใจ อาจจะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของหัวใจและอาจจะเป็นสาเหตุของการนอนหลับที่ผิดปกติ

ตารางที่ 2 หัวข้อการตรวจร่างกาย (ต่อ)

หัวข้อการตรวจร่างกาย	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
4. ปอด	1. การฟังปอดอาจจะได้ยิน expiratory wheeze ในผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดในตอนกลางคืน 2. ผู้ป่วย kyphoscoliosis อาจจะกระทบ ventilatory capacity ทำให้เกิด hypoventilation และหายใจลำบากในตอนกลางคืน 3. ผู้ป่วย obstructive sleep apnea อาจจะตรวจพบคล้าย right-sided heart failure ได้แก่ hepatomegaly, ascites และ ankle edema 4. ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจจากการหายใจผิดปกติในขณะนอนหลับอาจจะ มี cardiac thrust ที่ left sternal border จาก right ventricular enlargement หรือที่ left second intercostals space ใกล้กับ sternum จาก pulmonary hypertension การฟัง อาจจะฟังได้ fourth heart sound จาก enlarged right ventricle และ murmurs จาก pulmonary หรือ tricuspid valve insufficiency
5. การตรวจทรวงอก	1. ตรวจตำแหน่ง ขนาด การเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆในช่องท้อง สิ่งผิดปกติ อาจจะเป็สาเหตุของการนอนหลับที่ผิดปกติได้ เช่น ตรวจพบตับโตจากการใช้สุรา หรือเป็น congestive heart failure ทำให้นอนไม่หลับ หรือมีก้อน ตับโตเป็นมะเร็ง ทำให้ปวดทำให้นอนไม่หลับ เป็นต้น 2. การฟังหน้าท้องก็เป็นการตรวจที่สำคัญ เช่น ฟังได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของ กระเพาะอาหารลำไส้เพิ่มขึ้น แสดงว่ากระเพาะอาหารลำไส้ทำงานมากผิดปกติ ฟังได้ bruit แสดงถึงมีการไหลเวียนของเลือดผิดปกติเป็นต้น เหล่านี้ อาจจะเป็สาเหตุทำให้การนอนหลับผิดปกติได้
6. การตรวจแขนขา	อาจจะพบว่ามีบางข้อบวม อักเสบ หรือแขนขาผิดปกติ ข้อต่างๆ เคลื่อนไหวได้จำกัด synovial tissue หนาแสดงถึงข้ออักเสบ ปวดจนทำให้การนอนหลับผิดปกติ
7. การตรวจทางประสาทวิทยา	1. ผู้ป่วยที่ตื่นตัวไม่เต็มที่ slurred speech และ nystagmus เช่นนี้อาจจะแสดงว่าผู้ป่วย ใ้ชยานอนหลับหรือยาสงบประสาท ผู้ป่วยที่การรับรู้รู้สึกไม่ดี ไม่มี deep tendon reflex ผู้ป่วยอาจจะเป็ peripheral neuropathy จนทำให้เกิดอาการชาหรือปวด ในตอนกลางคืน 2. ระดับสติสัมปชัญญะผิดปกติ สับสน ไม่สบตา ไม่สามารถสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว ถามตอบสับสน ความคิดสับสน อาจจะเห็นภาพหลอน หูอื้อหูตึง กระสับกระส่าย ผู้ป่วยอาจจะเป็ delirium 3. ผู้ป่วยที่ความจำไม่ดี การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถทางภาษาบกพร่อง ไม่สามารถ ให้เหตุผลที่เป็นนามธรรม ผู้ป่วยอาจจะเป็ความผิดปกติชนิดสมองเสื่อม 4. อาการปวดศีรษะอาจจะเกิดจากมีก้อนเนื้องอกในสมอง จึงควรตรวจระบบประสาท ให้ละเอียด

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 2

1. Benca RM. Insomnia. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.36-69.
2. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
3. Malow BA. Approach to the patient with disordered sleep. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. Editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ;2005. p.589-601.
4. Strollo PJ. Sleep disorders in primary care.In: Poceta JS, Mitler MM, editors . Sleep disorders : diagnosis and treatment. Totowa : Humana Press ; 1998. p.1-20.
5. Scheuermann SS, Phillips BA. Sleep-disordered breathing. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.13-35.

บทที่ 3

การตรวจสภาพจิต

การตรวจสภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางคลินิก เป็นการบรรยายผลการตรวจทางด้านจิตเวชศาสตร์ บรรยายตามที่สังเกตได้ในขณะซักประวัติ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้เป็นองค์ประกอบในการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตเวช อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปจะไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวชศาสตร์แต่การตรวจตามหัวข้อต่างๆ ของการตรวจสภาพจิตอาจจะปรากฏข้อมูลบางอย่างได้ เช่น พบสีหน้าที่แสดงว่าอ่อนเพลีย สมาธิไม่ดีนัก เป็นต้น

รายละเอียดการตรวจสภาพจิตปรากฏตามหน้าถัดไป

ตารางที่ 3 หัวข้อการตรวจสภาพจิต

หัวข้อการตรวจสภาพจิต	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
พฤติกรรมทั่วไป	1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปมักมีพฤติกรรมทั่วไปเป็นปกติ มักร่วมมือในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่สบาย ทำทางอาจจะแสดงออกว่าเหนื่อยล้าหรือวังงหรือกังวล ผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะของโรคทางกายบางอย่างปรากฏ เช่น อ้วน หายใจขัดๆ หายใจเสียงดัง เป็นต้น¹ 2. ความผิดปกติของการปรับตัวอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย หงุดหงิดก้าวร้าว คิ่บของมีนเมา ไม่ยอมรับผิดชอบกับสิ่งที่เกิดขึ้น เสียใจ หรือเสียมากกว่าปกติ ครุ่นคิด แสดงอาการกังวล² 3. ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่าย เคลื่อนไหวมาก ระวังระวัง มือสั่น ตัวสั่น ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม³ 4. ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยอาจมีอาการมองต่ำ ทำทางอ่อนเพลีย ภายและใจเคลื่อนไหวช้า หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย⁴ 5. ความผิดปกติชนิดโรคจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ระวังควบคุมตนเองไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมแปลกๆ อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานๆ พฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์⁵ 6. ผู้ป่วย delirium อาจจะมีพฤติกรรมสับสน ไม่สบตา ทำท่าทางกำลังสาวหรือชักสิงของ กระสับกระส่าย ตัวสั่น พิมพ์คนเดียว ปัสสาวะและอุจจาระราด⁶ 7. ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีพฤติกรรมได้หลายแบบ บางคนอยู่นิ่ง ไม่พูด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บางคนอารมณ์ดีเกินไป พูดจาโต้ตอบได้แต่คำตอบไม่ถูกต้อง บางคนรุ่มรวย ระวังสิ่งแวดล้อม บางคนมีอาการปัสสาวะอุจจาระราด⁷
คำพูด	1. ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป จังหะ ความดังและรายละเอียดของคำพูดมักจะเป็นปกติ มักจะบอกรายละเอียดของการนอนหลับได้¹ 2. ความผิดปกติของการปรับตัว จังหะ ความดังและรายละเอียดของคำพูดมักจะเป็นปกติ มักจะบอกรายละเอียดของปัญหาได้ดี² 3. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยอาจจะพูดเร็ว ให้รายละเอียดที่แสดงถึงความวิตกกังวล มักบ่นเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติแปรปรวน เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก เหนื่อยง่าย³ 4. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยอาจจะพูดช้า ตอบช้า พูดเบา ถามคำตอบคำ คำพูดอาจจะมีรายละเอียดน้อย แต่ผู้ป่วยบางคนอาจจะพยายามบอกรายละเอียดของเรื่องราว⁴ 5. ความผิดปกติชนิดโรคจิต ผู้ป่วยอาจจะพูดอ้อมค้อม พูดไม่ตรงประเด็น พูดไม่เชื่อมั่นกัน พูดเล่นคำ คำพูดเต็มไปด้วยอาการหลงผิด⁵ 6. ผู้ป่วย delirium จังหะ ความดังและรายละเอียดของคำพูดมักจะผิดปกติ คำพูดอาจจะไม่ต่อเนื่องกัน พูดผิดๆ ถูกๆ พูดเป็นคำๆ หยุดพูดเป็นเวลานาน ตอบคำถามช้า คิดนานหรือตอบผิดพลาด อาจจะพูดเรื่องที่แพทย์เพิ่งถามหรือคุยผ่านไปแล้ว⁶ 7. ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะไม่ค่อยพูด คำพูดอาจจะเรียงไวยากรณ์ผิดพลาด เรียกชื่อสิงของไม่ถูก คำตอบผิดพลาด อาจจะมีอาการ aphasia²³

ตารางที่ 3 หัวข้อการตรวจสภาพจิต (ต่อ)

หัวข้อการตรวจสภาพจิต	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
ความคิด	1. อาการนอนไม่หลับเป็นเวลานานอาจจะทำให้ผู้ป่วยคิดเกี่ยวกับการนอนหลับผิดๆ เช่น พยายามนอนหลับให้ได้จำนวนชั่วโมงตามที่ต้องการ พยายามนอนหลับในตอนกลางวันเพื่อลดอาการอ่อนเพลียหรือเพื่อให้ทำงานได้ตามที่ตนเองคิดไป ผู้ป่วยอาจจะหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและผลพวงของอาการนอนไม่หลับจนทำให้ตนเองรำคาญ¹⁶ 2. ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความคิดทั้งรูปแบบและรายละเอียดของการคิดจะเป็นปกติ รายละเอียดของการคิดอาจจะเป็นการหมกมุ่นในสิ่งที่กำลังกังวล 3. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้าอาจจะคิดซ้ำ คิดทบทวน รายละเอียดของการคิดอาจจะเป็นการตีค่าตนเองต่ำและการคิดเกี่ยวกับความตาย การฆ่าตัวตาย 4. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดโรคจิต รูปแบบของการคิดจะไม่มีตรรกะ ไม่มีเหตุผลรองรับ ไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง อาจจะมีการหลงผิด รายละเอียดในการหลงผิดอาจจะเป็นเรื่องระแวงว่าจะมีคนทำร้าย มีอำนาจคอยบงการ คอยสั่งการผู้ป่วยให้ทำ คิด รู้สึกตามสั่ง หรือมีอาการหลงผิดที่วิถาวร ผู้ป่วยอาจจะหลงผิดว่าตนเองควบคุมปรากฏการณ์ทางธรรมชาติได้ เช่น หลงผิดว่าตนเองสั่งให้ดวงอาทิตย์ขึ้นลงได้ 5. ผู้ป่วย delirium ความคิดสับสน ไม่มีระเบียบ ความคิดอาจจะไม่ต่อเนื่อง 6. ผู้ป่วยสมองเสื่อมความคิดไม่ไหลลื่น ความคิดน้อย กว่าจะคิดได้จะต้องใช้เวลานาน
การรับรู้สัมผัส	1. ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป การรับรู้สัมผัสจะเป็นปกติ 2. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้ามักจะมีรับรู้สัมผัสที่ปกติ ยกเว้นมีอาการของโรคจิตร่วมด้วย เช่นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน อาการ depersonalization และหรือ derealization 3. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดโรคจิตอาจจะมีอาการประสาทหลอน อาการ depersonalization และหรือ derealization 4. ผู้ป่วย delirium อาจจะมีอาการประสาทหลอน โดยมากมักจะเป็นเห็นภาพหลอน อาจจะมีอาการรับรู้สัมผัสที่ผิวหนังหลอน 5. ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะมีอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นได้ทั้งเห็นภาพหลอนหรือได้ยินเสียงหลอน
อารมณ์และสีหน้า	1. ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัวอาจจะรู้สึกกังวล เศร้า ร้องไห้ รู้สึกหมดหวัง งุนงงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการกังวล ครุ่นคิด สมาธิไม่ดี หงุดหงิด 3. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้าจะมีอาการเศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง 4. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดโรคจิตจะมีสีหน้างุนงง สับสน ระแวง ระแวงระว่าง สีหน้าแสดงอารมณ์ขุ่นเคืองเป็นปรีภย หงุดหงิด 5. ผู้ป่วย delirium จะมีสีหน้างุนงง สับสน อารมณ์อาจจะแปรปรวน 6. ผู้ป่วยสมองเสื่อม อารมณ์อาจจะวิตกกังวล ระแวง หวาดกลัว เศร้า หรืออารมณ์ดีเกินเหตุ

ตารางที่ 3 หัวข้อการตรวจสภาพจิต (ต่อ)

หัวข้อการตรวจสภาพจิต	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
Insight	- ผู้ป่วยที่มีอาการนอนหลับผิดปกติ ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า มักจะตระหนักด้วยตนเองได้ว่าตนเองกำลังมีความเครียดและกำลังปรับตัว - ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วย delirium ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักไม่สามารถตระหนักด้วยตนเองได้ว่าตนเองป่วยไม่สบาย มักจะบอกว่าตนเองไม่เป็นอะไร บางรายก็ตระหนักได้
Sensorium และ Alertness	- ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติชนิดโรคจิต ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะรู้สึกตัวดี ยกเว้นมีอาการรบกวนจากฤทธิ์ยา - ผู้ป่วย delirium ระดับการรู้สึกตัวจะสับสน ไม่สามารถใส่ใจ ไม่สามารถคงความสนใจ ไม่สามารถเปลี่ยนความสนใจ
Orientation	- ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติชนิดโรคจิต orientation จะเป็นปกติ - ผู้ป่วย delirium และผู้ป่วยสมองเสื่อม orientation จะผิดปกติ อาจจะมี disorientation ในด้านเวลา สถานที่และบุคคล
สมาธิและการคำนวณเลข	- ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติชนิดโรคจิต สมาธิและการคำนวณเลขยังเป็นปกติ อาจจะไม่พร้อมได้บ้างจากความวิตกกังวล ความเศร้าและสมาธิไม่ดี - ผู้ป่วย delirium สมาธิและการคำนวณเลขจะบกพร่อง อาการสมาธิไม่ดีเป็นอาการสำคัญของ delirium ผู้ป่วยจะไม่สามารถแสดงความรู้สึกสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถคงความสนใจหรือคงความใส่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นเวลานานๆ หรือไม่สามารถเปลี่ยนความสนใจจากเรื่องหนึ่งไปอีกรื่องหนึ่งได้ อาการสมาธิไม่ดีร่วมกับสมองส่วนที่ทำหน้าที่คำนวณบกพร่องทำให้คำนวณเลขไม่ได้ - ผู้ป่วยสมองเสื่อมสมาธิอาจจะยังเป็นปกติแต่ความสามารถในการคำนวณเลขจะบกพร่อง
ความจำ	- ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติชนิดโรคจิตความจำจะเป็นปกติ อาจจะไม่พร้อมจากฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าอาจจะจำเฉพาะเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองเศร้าได้ดี ส่วนผู้ป่วยโรคจิตอาจจะหมกมุ่นจำเฉพาะเหตุการณ์ที่ตนเองหลงผิด ระวัง - ผู้ป่วย delirium และผู้ป่วยสมองเสื่อมความจำจะเสื่อม บกพร่อง ความจำใหม่ๆ จะเสียก่อน ความจำเรื่องราวเก่าๆ จะบกพร่องในระยะหลัง

ตารางที่ 3 หัวข้อการตรวจสภาพจิต (ต่อ)

หัวข้อการตรวจสภาพจิต	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรค
ความรู้รอบตัว	1. ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความผิดปกติชนิดโรคจิตความรู้รอบตัวง่าย ๆ จะเป็นปกติ หรืออาจจะบกพร่องบ้าง 2. ผู้ป่วย delirium และผู้ป่วยสมองเสื่อมความรู้รอบตัวและความรู้ใหม่ๆ จะบกพร่องยกเว้นเป็นเรื่องเก่าๆ ที่ยังพอจำได้
ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม	1. ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ความสามารถในการคิดแบบนามธรรมจะขึ้นกับความสามารถในการคิด ระดับความรู้และอาการทางจิตในขณะนั้น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะคิดเชิงนามธรรมได้ดี 2. ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดโรคจิตมักจะมีวิธีการคิดแบบรูปธรรม และอาจจะคิดแบบโรคจิต ไม่มีตรรกะรองรับ ไม่มีเหตุผล 3. ผู้ป่วย delirium และผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะไม่เข้าใจคำถามหรือเข้าใจแต่ตอบแบบนามธรรมไม่ได้
การตัดสินใจ	1. ผู้ป่วยความผิดปกติของการปรับตัว ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า การตัดสินใจอาจจะปกติ 2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะตัดสินใจวุ่น ขาดการไตร่ตรอง การตัดสินใจอาจจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของอาการหลงผิด 3. ผู้ป่วย delirium และผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจจะสับสน ไม่เข้าใจคำถาม แม้เข้าใจคำถามแต่ความสามารถในการตัดสินใจอาจจะบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อมบางคนเมื่อทราบว่าตนเองตัดสินใจไม่ได้ก็อาจจะหลีกเลี่ยงไม่แสดงความบกพร่องให้เห็นด้วยการไม่ตัดสินใจ เผลอไปเรื่องอื่น ทำหรือพูดตกกลบเกลื่อน หรือโยนการตัดสินใจให้คนถามตอบแทน

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 3

1. Mendelson W. Sleep disorders. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.2022-34.
2. Katzman JW, Tomori O. Adjustment disorders. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.2055-62.
3. Pine DS, McClure EB. Anxiety disorders : clinical features. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1768-79.
4. Akiskal HS. Mood disorders : clinical features. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1611-51.
5. Mojtabai R. Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorder. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1512-21.
6. Kirkpatrick B, Tek C. Schizophrenia : clinical features and psychopathology concepts. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1416-35.
7. Samuels SC, Neugroschl JA. Delirium. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1054-67.
8. Neugroschl JA, Klevzon A, Samuels SC, Marin DB. Dementia. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1068-92.

บทที่ 4

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 4 หัวข้อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หัวข้อการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	รายละเอียดเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยแยกโรคทางกาย ที่มีอาการนอนหลับผิดปกติร่วมด้วย ¹⁻³
1. การตรวจเลือด	
1.1 CBC	Anemia... iron, B12, folic acid deficiency ภาวะ polycythemia อาจพบในผู้ป่วย COPD
1.2 FPG	Hypoglycemia, hyperglycemia
1.3 BUN/ Cr	Chronic renal failure, uremic encephalopathy
1.4 Liver function test	Hepatic encephalopathy
2. การตรวจปัสสาวะ	
2.1 Specific gravity	CRF, DI
2.2 Sugar	...DM,
2.3 Protein	...Nephropathy
2.4 WBC	...UTI
2.5 RBC	...Stone, cancer
3. X-ray :	
3.1 Chest :	Cardiomegaly Pulmonary congestion COPD
3.2 Joints	อาจพบสภาพ degeneration, spur หินปูนที่เป็นสาเหตุให้มีอาการเจ็บปวด
3.3 Bone	อาจพบตำแหน่งกระดูกหัก เคลื่อน ผิดรูป
3.4 ส่วนอื่นๆ ตามข้อ บ่งชี้ เช่น abdomen	อาจพบสาเหตุหรือความผิดปกติที่ทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการ นอนหลับ เช่น พบก้อนเนื้องอกที่ทำให้เกิดอาการปวดรุนแรง
4. EKG :	
	Angina pectoris
	Acute myocardial infarction
	Arrhythmia
	Tachycardia, bradycardia

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 4

1. Benca RM. Insomnia. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.36-69.
2. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
3. Avidan AY. Motor disorders of sleep and parasomnias. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.98-136.



บทที่ 5

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยภาวะนอนไม่หลับ อาศัยอาการดังต่อไปนี้¹

1. ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนไม่เต็มอิ่มหรือตื่นแล้วไม่สดชื่น
2. อาการในข้อ 1 ส่งผลกระทบการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น การงาน การสังคม การดูแลตนเอง หรือทำให้เกิดอาการทางจิตตามมา
3. ถ้าไม่พบสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการในข้อ 1 และข้อ 2 ผู้ป่วยจะเป็น primary insomnia ถ้าพบสาเหตุ ผู้ป่วยจะเป็น secondary insomnia

การวินิจฉัยภาวะกรนชนิดปฐมภูมิ (Primary snoring) อาศัยอาการดังต่อไปนี้²

1. มีอาการกรนโดยไม่มีอาการ sleep apnea การกรนมักเกิดในขณะหายใจเข้าบ่อยกว่าหายใจออก ที่จริงแล้วทุกระยะของการนอนหลับเกิดอาการกรนได้ แต่มักเกิดในขณะนอนหลับในระยะที่ 3 ถึง 4 และระยะ REM
2. ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เพราะว่าคนที่นอนอยู่กับผู้ป่วยเกิดความรำคาญต้องฟังเสียงกรนจนนอนไม่หลับ
3. ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการง่วงหรืออยากนอนในตอนกลางวัน ไม่มีอาการนอนไม่หลับ ไม่มี sleep disruption

การวินิจฉัยกลุ่มอาการ Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome อาศัยอาการดังต่อไปนี้²

1. มีอาการนอนกรน
2. มีญาติหรือคนที่นอนร่วมกับผู้ป่วยยืนยันว่าในเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจเป็นพักๆ ผู้ป่วยมีอาการหอบ อ้าปากหายใจ หายใจลำบาก น้ำลายยืด หลับกระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก กรดในกระเพาะอาหารไหลย้อน ปัสสาวะบ่อย
3. กลางวันมีอาการง่วงมากๆ ปวดศีรษะ สมาธิไม่ดี อ่อนเพลีย ซึมเศร้า
4. พบสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ เช่น อ้วน (BMI > 30 กก./ม.²) ภาวะวิกลทางเดินอากาศส่วนบนอุดตัน ต่อมสุราก่อนนอน สูบบุหรี่ ใชยาที่ทำให้ง่วง และยาอื่นๆ ได้แก่ growth hormone, β -blocker, testosterone, flurazepam มีโรคทางกายเป็น comorbid ได้แก่ coronary heart disease, stroke, endocrinopathies (hypothyroidism, acromegaly) renal failure, craniofacial anomalies (achondroplastic dwarfism), arterial hypertension, neuromuscular disorders มีคนในครอบครัวเป็นกลุ่มอาการนอนกรนและหยุดหายใจร่วมด้วย

การวินิจฉัย Restless legs syndrome อาศัยอาการดังต่อไปนี้³

1. รู้สึกรำคาญที่ขา อาการมักเป็นก่อนจะนอนหลับ
2. อยากเคลื่อนไหวขา ไม่สามารถจะห้ามใจได้
3. ถ้าได้ขยับขาจะรู้สึกสบายขึ้น อาจจะสบายขึ้นเลยหรือสบายบ้าง
4. ถ้าขยับเคลื่อนไหว อาการรำคาญที่ขาจะกลับมาใหม่

การวินิจฉัย Periodic limb movement disorder หรือ PLMD อาศัยอาการดังต่อไปนี้³

1. ขณะที่หลับมีอาการขาเคลื่อนไหว นิ้วหัวแม่เท้าพับขึ้น (extension) ข้อเท้าข้อเข่ามักจะพับ ข้อสะโพก อาจจะพับด้วย บางทีเป็นเฉพาะที่นิ้วหัวแม่เท้าเท่านั้น บางคนมีอาการเตะหรือฟาดขาออกไป
2. อาการเคลื่อนไหวในข้อ 1 เป็นครั้งละ 0.5-10 วินาที ทำให้ผู้ป่วยตื่น บางคนก็ตื่นไม่เต็มที่ ผู้ป่วย จะไม่รู้ตัวว่าตนเองมีอาการขาเคลื่อนไหว
3. ผู้สูงอายุที่เป็น PLMD อาจจะมีอาการทุก 20-40 วินาที ร้อยละ 86 มีอาการ PLMD เกินชั่วโมงละ 5 ครั้ง อาจจะพบร่วมกับ RLS
4. PLMD มักรบกวนการนอนหลับ ทำให้นอนไม่หลับ หรือตอนกลางวันมีอาการง่วงมาก
5. อาการรบกวนทั้งเจ้าตัวและคนที่นอนข้างๆ

การวินิจฉัย กลุ่มอาการ Phase ของการนอนหลับเร็วขึ้น (Advanced sleep phase syndrome หรือ ASPS) และกลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับช้าลง (delayed sleep phase syndrome หรือ DSPS) อาศัยอาการดังต่อไปนี้⁴

1. ผู้ป่วยนอนหลับและตื่นในเวลาที่ไม่เหมาะสมแก่ตนเอง ผู้ป่วย ASPS ร่างกายจะนอนหลับเร็วกว่าที่ตนเองอยากได้ ผู้ป่วย DSPS ร่างกายจะนอนหลับได้หลังเวลาที่ตนเองอยากได้
2. ถ้าให้นอนหลับตามที่ร่างกายต้องการผู้ป่วยจะนอนหลับได้ดีทั้งคุณภาพและระยะเวลาานเหมาะสมกับวัย
3. ภาวะทั้ง 2 ชนิดทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือง่วงมากในตอนกลางวัน ถ้าทำ sleep log จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น

การวินิจฉัย Jet lag อาศัยอาการดังต่อไปนี้⁴

1. ผู้ป่วยได้เดินทางข้ามเส้นแบ่งเขตเวลา (transmeridian jet travel อย่างน้อยที่สุด 2 time zone)
2. เมื่อเดินทางถึงจุดหมายแล้วกลับมีอาการตื่น เข้านอนแล้วหลับยาก หลับไปแล้วก็ไม่สามารถหลับอย่างต่อเนื่อง ง่วงในตอนกลางวันมาก ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง
3. อาจจะมีอาการใช้ ระยะเวลาอาหารและลำไส้ปั่นป่วน อารมณ์เปลี่ยนแปลง

การวินิจฉัยความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ (Shift-work sleep disorder) อาศัยอาการดังต่อไปนี้⁴

1. ผู้ป่วยทำงานเป็นกะ
2. เมื่อถึงเวลานอนหลับกลับมีอาการนอนไม่หลับ หรือตอนทำงานกลับมีอาการง่วงมาก อาการที่เป็นมักเป็นๆ หายๆ ตามกะของงาน ซึ่งตามปกติแล้วมักเป็นเวลาที่ควรต้องเข้านอน
3. อาการเห็นได้ชัดในกะดึกและกะเช้ามีดึกมาก
4. การนอนไม่หลับอาจจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคม และอาจจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในขณะทำงาน

การวินิจฉัยภาวะนอนหลับมากเกินไป อาศัยอาการดังต่อไปนี้⁵

1. มีอาการง่วงนอนมาก เป็นเกือบทุกวัน นานอย่างน้อยที่สุด 3 เดือน
2. นอนหลับตอนกลางคืนเป็นเวลานานมาก (นานเท่ากับหรือมากกว่า 10 ชั่วโมง) พิจารณาจากประวัติการนอนหลับ sleep log หรือ actigraphy ผู้ป่วยตื่นนอนลำบากมาก
3. อาการง่วงมากตอนกลางวันทำให้ผู้ป่วยงีบหลับในตอนกลางวันหลายครั้ง แม้ได้งีบก็ไม่ทำให้สดชื่นขึ้น
4. ผู้ป่วยอาจจะมีอาการอย่างอื่นเช่นวิตกกังวล หงุดหงิด เริ่ขแรงน้อย คิดช้าพูดช้า ไม่เจริญอาหาร ประสาทหลอน ความจำไม่ดี
5. อาจส่งผลกระทบทำให้เกิดอุบัติเหตุ รบกวนคุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้
6. หากไม่พบสาเหตุของการนอนหลับมากเกินไป ผู้ป่วยจะเป็น primary hypersomnia ถ้าพบสาเหตุ ผู้ป่วยจะเป็น secondary hypersomnia เช่น สาเหตุจากโรคทางกาย ยาทางการแพทย์ สาร

การวินิจฉัย Narcolepsy อาศัยอาการดังต่อไปนี้⁶

1. มีอาการง่วงมาก เป็นเกือบทุกวัน นานอย่างน้อยที่สุด 3 เดือน
2. ผู้ป่วยอาจจะมีหรือไม่มี cataplexy ร่วมด้วย
3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ cataplexy ร่วมด้วยผู้ป่วยควรได้รับการยืนยันคำวินิจฉัยโรคด้วย polysomnography ว่าผู้ป่วยนอนหลับอย่างเพียงพอและ multiple sleep latency test พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของ sleep latency น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 นาที และพบ sleep onset rapid eye movement period มากกว่า 2 รอบ หรืออาจจะยืนยันคำวินิจฉัยด้วยการพบระดับ CSF hypocretin-1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 pg/mL หรือได้ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของค่าควบคุม

การวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Dementia-related sleep problems) อาศัยอาการดังต่อไปนี้⁶

1. ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไปหรือมีพฤติกรรมผิดปกติเกิดขึ้นในขณะนอนหลับ
2. ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม
3. แพทย์จะต้องวินิจฉัยแยกโรคนี้ออกจากความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ภาวะทุโภชนาการ การใช้สุราในทางที่ผิด

การวินิจฉัย Parasomnia อาศัยอาการดังต่อไปนี้³

ในขณะที่หลับ หรือในช่วงใดช่วงหนึ่งของการนอนหลับ หรือช่วงรอยต่อระหว่างนอนหลับกับตื่น (sleep-wake transition) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรืออาการที่ผิดปกติในข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจทำให้เกิดอาการและอาการที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่ต้องการของผู้ป่วย

1. ละเมอพูด อาจจะพูดเป็นคำๆ หรือพูดเป็นข้อความยาวๆ เมื่อตื่นนอนจะจำไม่ได้ว่าได้พูดอะไรไป
2. ขณะที่นอนหลับไปได้นาน 2-3 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่กำลังหลับลึก มีอาการกลัวอย่างสุดขีด กรีดร้อง ต่อสู้ เหงื่อออกมาก มีอาการ panic ช่วงที่มีอาการจะเป็นนานประมาณ 5-20 นาที ตลอดเวลาที่มีอาการ ผู้ป่วยจะหลับแม้ว่าตาจะเปิดก็ตาม จะปลอบอย่างไรก็ไม่หายหวาดกลัว ผู้ป่วยจะจำไม่ได้ว่ามีอาการดังกล่าวฝันร้ายแต่มีอาการกลัวอย่างรุนแรงมากเกินไป กรีดร้อง
3. ฝันและออกทำออกทางตามการฝัน

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 5

1. Benca RM. Insomnia. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.36-69.
2. Scheuermann SS, Phillips BA. Sleep-disordered breathing. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.13-35.
3. Avidan AY. Motor disorders of sleep and parasomnias. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.98-136.
4. Lu BS, Manthena P, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.137-64.
5. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
6. Petit D, Monplaisir, Boeve BF. Alzheimer's disease and other dementias. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.853-62.

บทที่ 6

การรักษาอาการนอนไม่หลับแบบไม่ใช้ยา

การรักษาอาการนอนไม่หลับแบบไม่ใช้ยา ประกอบด้วย

1. การสร้างสุขอนามัยของการนอนหลับ

การสร้างสุขอนามัยของการนอนหลับ (Sleep hygiene) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์พึงตระหนักว่าอุปนิสัยการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการนอนไม่หลับ อุปนิสัยการนอนหลับจึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่แพทย์ต้องร่วมกับผู้ป่วยแก้ไขและสร้างสุขอนามัยเกี่ยวกับการนอนหลับที่ดีขึ้น

สุขอนามัยของการนอนหลับประกอบด้วย¹

1. รักษาเวลาเข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลาที่สม่ำเสมอ
2. พยายามทำกายและใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอนอย่างสม่ำเสมอ
3. หลีกเลี่ยงการจ่มจิตจ่มใจให้หลับให้ได้ ให้ยึดคิดว่านอนหลับได้เท่าไรให้พอใจเท่านั้น
4. หลีกเลี่ยงการนอนเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ไม่นอนแช่
5. หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน ถ้าง่วงมากจนทนไม่ไหวก็ควรงีบนานเพียง 10-30 นาที และไม่งีบในช่วงบ่ายมากเกินไปหรือไม่งีบในช่วงเย็นเพราะจะส่งผลต่อการนอนหลับในตอนกลางคืน
6. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายในตอนเช้าหรือตอนบ่าย ไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลานอนมากเกินไป ควรให้ห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อยที่สุดประมาณ 6-8 ชั่วโมง
7. หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวันไปแล้ว
8. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่กระตุ้นระบบประสาทในช่วงเย็น
9. งดรับประทานอาหารหนักๆ ก่อนเข้านอน หรือไม่ปล่อยให้เกิดอาการหิวก่อนเวลาเข้านอน
10. จัดห้องนอนให้เงียบ สบาย ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะไม่ร้อนเกินไป
11. หลีกเลี่ยงการขบคิดปัญหาต่างๆ ก่อนและระหว่างการนอนหลับ อาจใช้วิธีจดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นก่อนเข้านอนให้เรียบร้อย และควรคิดให้เรียบร้อยตั้งแต่กลางวันแล้ว
12. ถ้าตื่นกลางดึก นอนไม่หลับให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้สมองตื่นตัวต่อไปนี้ ดูภาพยนตร์ รายการโทรทัศน์ ทำงาน เล่นเกม ใช้ความคิด คอยดูเวลา อ่านหนังสือ

2. การสร้างอุปนิสัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางกายหรือทางจิตจนส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับ²

1. หมั่นรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน
2. ไม่ดื่มสุรา
3. ไม่สูบบุหรี่
4. ไม่ใช้ยาแก้ปวดประสาท ยากระตุ้นประสาท ยาเสพติด
5. ทำให้ตนเองผ่อนคลายทั้งทางกายและทางจิตก่อนเข้านอน

3. การพบกับแสงแดดให้ถูกเวลา³

ข้อเท็จจริง การได้รับแสงแดดในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยควบคุม circadian rhythm ได้ ถ้าได้รับแสงแดดในตอนเช้า 1-2 ชั่วโมง จะทำให้ง่วงนอนหลับการตื่นนอนเป็นไปตามที่ต้องการและทำให้วงจรนี้มีประสิทธิภาพ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยตื่นนอนตอนเช้าอย่างสม่ำเสมอ ผสมผสานกับการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่างในตอนเช้า

การรับแดดหรือแสงจ้าในตอนเย็น 1-2 ชั่วโมง จังหวะการนอนหลับจะเลื่อนออกไป

4. การรักษา ASPS³

1. ใช้วิธีการตั้งนาฬิกาชีวภาพใหม่ (Resetting the biological clock) ประกอบด้วย bright light therapy และ chronotherapy แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยพบกับแสงจ้าหรือแสงเข้มในตอนบ่ายๆ หรือในตอนเย็น โดยให้ใช้แสงที่มีความเข้ม 2,500 ลักซ์ (Lux) ห่างจากตาประมาณ 1 เมตร นานอย่างน้อยที่สุด 2 ชั่วโมงในช่วงเวลาตอนเย็นหรือ 10,000 Lux นานอย่างน้อยที่สุด 30 นาที เพื่อให้ circadian rhythm ของผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ
2. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้านอนหลับเร็วขึ้น 3 ชั่วโมงทุก 2 วัน จนกระทั่งเข้านอนหลับที่เวลาปกติ แต่การรักษาวิธีนี้อาจทำให้ภาวะ macular degeneration แย่ลง และอาจไม่ได้ผลถ้าผู้ป่วยมีโรคต้อกระจก (cataract) อยู่

5. การรักษา DSPS ประกอบด้วย³

1. การให้พบกับแสงจ้าหรือแสงเข้มในตอนเช้า 6-9 นาฬิกา ซึ่งจะทำให้การนอนหลับในคืนนั้นเริ่มต้นเร็วขึ้น
2. ผู้ป่วยจะต้องหลีกเลี่ยงไม่ให้พบกับแสงจ้าหรือเข้มในตอนเย็นเพราะจะทำให้การเริ่มหลับช้าออกไป
3. ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะต้องเข้านอนช้าขึ้นวันละ 3 ชั่วโมงจนกว่าจะถึงเวลาเข้านอนที่ตนเองต้องการ

6. การรักษา Jet lag ประกอบด้วย³

1. พยายามทำให้ endogenous circadian rhythm ทำงานเข้ากับ local time zone และป้องกันการนอนไม่หลับให้เร็วที่สุด
2. การป้องกันที่ควรทำในขณะที่กำลังเดินทาง ได้แก่การดื่มน้ำให้เพียงพอ งดดื่มกาแฟและสุรา ออกกำลังกายอยู่กับที่ในเครื่องบิน และปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับ
3. เข้าหาแสงแดดจ้าและหลีกเลี่ยงแสงแดดจ้าให้ถูกเวลาเพื่อเร่งให้ circadian rhythm ทำงานเข้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอก ถ้าเป็นการเดินทางไปทางตะวันออกของซีกโลก เมื่อถึงที่หมายแล้วควรหลีกเลี่ยงแสงแดดที่จ้าในตอนเช้า แนวทางนี้ควรปฏิบัติตามมากที่สุด ต่อไปถ้าทำได้ให้สัมผัสแสงแดดที่จ้าให้มากที่สุดในตอนบ่าย
4. ถ้าวิธีการในข้อ 3 ไม่ได้ผลก็ให้รักษาด้วยการให้รับประทานยา zolpidem กินละ 10 มิลลิกรัม 3 คืนแรกที่เดินทางถึงที่หมาย

7. การรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ (Shift-work sleep disorder) ประกอบด้วย³

1. พยายามทำให้ circadian rhythm ปรับตัวเข้ากับเวลานอนหลับและเวลาทำงาน และพยายามทำให้นอนหลับดีและเวลาตื่นก็ตื่นตัวดี
2. ในขณะที่ทำงานกะดึก คนงานผลัดดึกควรได้พบกับแสงจ้าความเข้ม 1,200 ถึง 10,000 lux นาน 3-6 ชั่วโมง หรือให้พบกับแสงความเข้มดังกล่าวเป็นพักๆ ชั่วโมงละ 20 นาทีติดต่อกัน ก็เป็นการช่วยเร่งให้ circadian rhythm ปรับตัวเข้ากับการทำงานกะดึกได้ ไม่พบกับแสงจ้าย่ำแย่ที่สุด 2 ชั่วโมงก่อนเลิกงานกะดึก
3. ขณะที่เดินทางกลับบ้านในตอนเช้าให้หลีกเลี่ยงการพบกับแสงแดดจ้า
4. ไม่ควรรักษาด้วยยาที่ทำให้ง่วงเพราะไม่ได้แก้ปัญหาโดยตรง ยกเว้นว่าใช้ยา ร่วมกับการปฏิบัติตามข้อ 2 และ 3
5. แนะนำผู้ป่วย และครอบครัวให้ปรับตัว เช่น จัดงานบ้าน งานเลี้ยงดูบุตรและเลี้ยงอีกทีก็เพื่อช่วยให้คนทำงานกะดึกสามารถหลับในตอนกลางวันได้
6. ปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับสม่ำเสมอ เข้ากะ 8 ชั่วโมงเดียวกันเป็นชุดๆ ละ 5 วัน สลับกับวันพักหลายวัน จะทำให้ร่างกายฟื้นจาก sleep deprivation ถ้าเป็นกะ 12 ชั่วโมงก็ให้เข้ากะชุดละ 5 วัน และพักนานกว่า 2 วัน เป็นต้น
7. หลีกเลี่ยงการเข้ากะชุดละหลายๆ วัน และพักน้อยวันเกินไป
8. ไม่เปลี่ยนกะถี่กว่าสัปดาห์ละครั้ง

8. การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy)⁴

เป็นการรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับหรือรักษาความผิดปกติทางจิตใจด้วยวิธีทางจิตใจ วิธีการคือการพูดคุยหรือสนทนาด้วยหลักการทางวิชาชีพ วัตถุประสงค์คือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อยู่กับความเป็นจริง และทำกิจวัตรหรือหน้าที่ประจำวันต่อไปได้

การทำจิตบำบัด ประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์เชิงรักษาพยาบาล (Therapeutic relationship)
2. การสร้าง rapport
3. การตั้งคำถามปลายเปิด
4. การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening)
5. การค้นหารายละเอียด (Probing)
6. การกระตุ้นให้การสนทนาคำเนินต่อไป (Facilitation)
7. การสะท้อน (Reflection)
8. การเสนอ (Suggestion)
9. การให้กำลังใจ (Encouraging)
10. การปลอบใจ (Reassurance)
11. การตีความ (Interpretation)

ด้วยวิธีการข้างต้นจะทำให้กลไกทางจิตผู้ป่วยแข็งแกร่งขึ้น อยู่กับความเป็นจริง ปรับความคิด ความอ่านและทำหน้าที่ต่อไปได้

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 6

1. Morin CM. Psychological and behavioral treatments for primary insomnia. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc; 2005. p.726-48.
2. Scheuermann SS, Phillips BA. Sleep-disordered breathing. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.13-35.
3. Lu BS, Manthena P, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.137-64.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Psychotherapies. In : Sadok BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.924-75.

บทที่ 7

การรักษาอาการนอนไม่หลับแบบใช้ยา

การรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยา จะต้องพิจารณาประเด็นต่อไปนี้^{1,2}

1. อาการนอนไม่หลับควรเป็นชนิดเฉียบพลัน (acute insomnia)
2. เป็นน้อยกว่า 4 สัปดาห์ หรือนอนไม่หลับจากการมีเหตุการณ์เกิดขึ้น (situational insomnia)
 - 2.1 ส่วนใหญ่มักเป็นความเครียดเฉียบพลันเช่นป่วยด้วยโรคทางกาย ต้องอยู่ในโรงพยาบาล
 - 2.2 มีการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมหรือมีการเปลี่ยนแปลงตารางการนอนหลับ
3. วิธีการรักษาประกอบด้วย
 - 3.1 ควรเริ่มการรักษาด้วยการปลอบใจว่าปัญหานอนไม่หลับนี้จะเป็นเพียงชั่วคราว
 - 3.2 แนะนำให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์
 - 3.3 ให้ปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับ
 - 3.4 ถ้าจำเป็นแพทย์อาจจะทดลองรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยา หลักการใช้ยาได้แก่
 - 3.4.1 ใช้ในขนาดต่ำที่สุดและได้ผลมากที่สุด ใช้ช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และควรให้รับประทานยาสัปดาห์ละไม่เกิน 3 วัน ควรติดตามการรักษาทุก 1-2 สัปดาห์ ควรหยุดยาเมื่อครบ 4 สัปดาห์แล้วถ้าหยุดไม่ได้ควรส่งผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค
 - 3.4.2 ยาที่ใช้ได้ดีในช่วงสั้นคือ clonazepam 0.5-2 มิลลิกรัมก่อนนอน ควรให้ในขนาดน้อยจะดีกว่า
 - 3.4.3 ไม่ควรรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยาในกรณีต่อไปนี้ ผู้ป่วยติดสุรา ใช้สารในทางที่ผิด เป็น sleep apnea ที่รุนแรง ผู้ป่วยกำลังตั้งครรภ์ ผู้ป่วยต้องทำงานที่ต้องระมัดระวังอันตรายจากเครื่องจักรในตอนกลางคืน
 - 3.4.4 แพทย์ต้องเตือนผู้ป่วยว่ายาอาจจะทำให้เกิดอาการง่วงในตอนกลางวัน และต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ายาอาจจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการ cognition ความจำ และความสามารถด้าน psychomotor
 - 3.5 การรักษาความผิดปกติชนิดอื่นๆ ด้วยยามีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 - 3.5.1 ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ถ้าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลมากให้รักษาด้วย clonazepam ตามคำแนะนำข้างต้นร่วมกับจิตบำบัด ถ้าอาการวิตกกังวลไม่รุนแรงให้รักษาด้วยจิตบำบัดเพียงวิธีเดียว
 - 3.5.2 ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ให้พิจารณารักษาด้วยยารักษาอารมณ์เศร้าตามความเหมาะสมร่วมกับจิตบำบัด
 - 3.5.3 ความผิดปกติชนิดโรคจิต ให้พิจารณารักษาด้วยยารักษาโรคจิตตามความเหมาะสมร่วมกับจิตบำบัด

- 3.5.4 ความผิดปกติชนิดนอนหลับมากเกินไปชนิดปฐมภูมิ การรักษาเป็นการให้รับประทานยา amphetamine, methyphenidate, และ modafinil³ แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป
- 3.5.5 ความผิดปกติชนิดฝันร้ายซ้ำๆ ความผิดปกติชนิด night terror ความผิดปกติชนิดเดินขณะหลับ (sleepwalking disorder) การรักษาความผิดปกติดังกล่าวควรเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ถึงความผิดปกติเหล่านี้มักไม่รุนแรง ให้ตรวจสอบว่ามีความเครียดเกิดขึ้นภายในครอบครัวหรือไม่ ถ้ามีก็ให้แพทย์ร่วมกับครอบครัวช่วยกันแก้ไขความเครียดนั้น อาการนอนหลับที่ผิดปกติมักจะดีขึ้นตามมา กรณีที่จำเป็นก็อาจรักษาความผิดปกติชนิดฝันร้ายซ้ำๆ ด้วยยารักษาอารมณ์เศร้าชนิด tricyclics รักษาความผิดปกติชนิด night terror ด้วยยา diazepam รักษาความผิดปกติชนิดเดินขณะหลับด้วยยา benzodiazepine ชนิดใดชนิดหนึ่ง การรักษาด้วยยาเพียงช่วงสั้นๆ ผู้ป่วยข้างต้นมักจะดีขึ้น แพทย์ควรหยุดให้ยาเมื่อหมดความจำเป็นแล้ว ถ้าหากมีความจำเป็นจะต้องรักษาด้วยยานาน แพทย์ควรส่งผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป⁴

เอกสารอ้างอิงสำหรับบทที่ 7

1. Walsh JK, Roehrs T, Roth T. Pharmacologic treatment of primary insomnia. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.749-60.
2. Benca RM. Insomnia. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.36-69.
3. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
4. Avidan AY. Motor disorders of sleep and parasomnias. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.98-136.



ส่วนที่ 3

ภาคผนวก

ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ



ภาคผนวกที่ 1

ธรรมชาติของการนอนหลับ

การนอนหลับของมนุษย์จะประกอบด้วยการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (non rapid eye movement sleep หรือ NREM sleep) สลับกับการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep หรือ REM sleep) เป็นรอบๆ การนอนหลับระยะ NREM ยังแบ่งออกเป็นการนอนหลับ NREM ระยะ N1, N2, N3 และ N4 ระยะ N1 เป็นการนอนหลับตื้นที่สุด การนอนหลับจะลึกขึ้นเรื่อยๆ จนระยะ N4 เป็นการนอนหลับลึกที่สุด ในแต่ละคืนมีรอบของการนอนหลับแบบ NREM สลับกับ REM เกิดขึ้น 4-5 รอบ แต่ละรอบกินเวลา 90-110 นาที ช่วง 1 ในสามแรกของการนอนหลับจะเป็นการนอนหลับแบบ NREM โดยเฉพาะระยะ N3 และ N4 การนอนหลับช่วง 1 ในสามหลังของแต่ละคืนจะเป็นการนอนหลับชนิด REM มากกว่า REM sleep ในช่วงแรกๆ ของการนอนหลับจะเป็นช่วงสั้นๆ แต่เกิดขึ้นบ่อย ยิ่งดึกการนอนหลับระยะ REM จะยิ่งนานขึ้น การนอนหลับระยะ REM เป็นระยะที่กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดน้อยลงมาก ผู้นอนหลับระยะนี้จะฝัน ระบบประสาทอัตโนมัติจะมีความผันผวนโดยทั่วไปการนอนหลับแต่ละคืนนานประมาณ 7-8 ชั่วโมงจะประกอบด้วยการนอนหลับระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4 และการนอนแบบ REM ร้อยละ 2-5, 45-55, 13-23, 20-25 และน้อยกว่า 5 ตามลำดับ ระบบที่คอยควบคุมกำกับกับการนอนหลับมี 2 ระบบได้แก่กระบวนการนอนหลับ-ตื่น และนาฬิกา circadian ชีวภาพ ทั้ง 2 ระบบนี้คอยทำให้คนเรารู้สึกง่วงในตอนกลางคืนและตื่นในตอนกลางวัน ในปัจจุบันมีการรวมการนอนหลับระยะที่ N3 กับระยะที่ N4 เข้าไว้ด้วยกันและเรียกว่าเป็นการนอนหลับระยะที่ N3¹

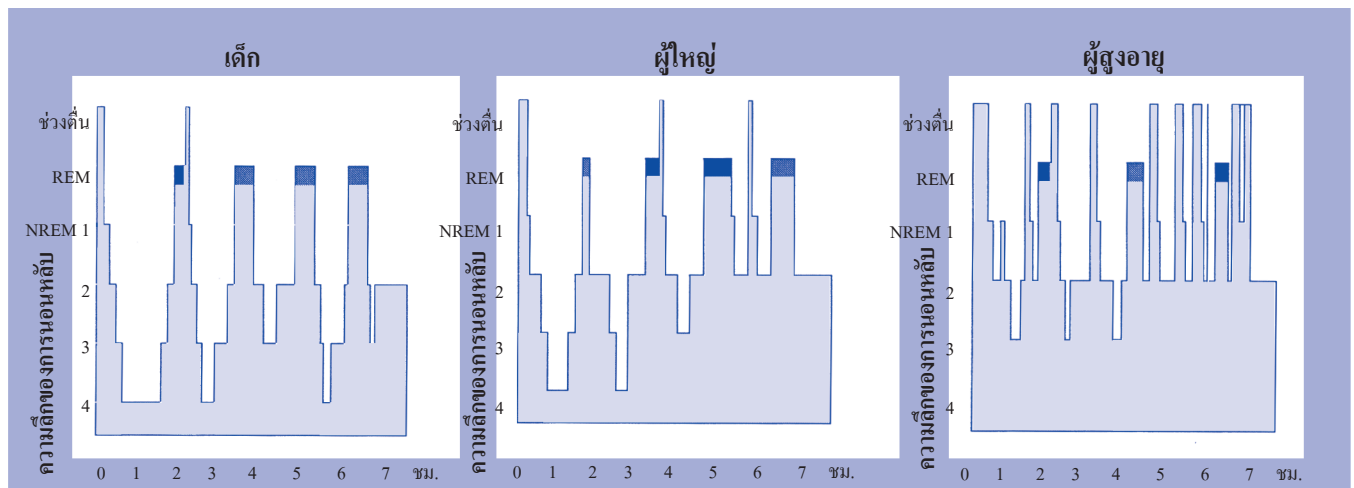
ลักษณะการนอนหลับในผู้สูงอายุ

การนอนหลับในผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้^{2,3}

1. ผู้สูงอายุต้องการนอนหลับพอๆ กับคนหนุ่มสาว คือแต่ละคืนผู้สูงอายุต้องนอนหลับนาน 7-9 ชั่วโมง
2. ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งนอนหลับได้น้อยกว่าที่ตนเองต้องการ สาเหตุคือเข้านอนแล้วเริ่มหลับได้ยาก มักจะนอนหลับเป็นช่วงๆ คือหลับตื้นและตื้นบ่อย ตื่นแล้วหลับต่อได้ยากขึ้น ผู้สูงอายุจึงนอนหลับในระยะที่ 1 มากขึ้นและนอนหลับในระยะ 3 และ 4 น้อยลง คนอายุต่ำกว่า 60 ปี การนอนหลับลึกจะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มีเลย
3. ผู้สูงอายุเปลี่ยน phase ระหว่างตื่น-หลับยาก ตื่นช่วงสั้นๆ บ่อย ไม่สามารถทำให้สภาพตื้นลงตื้นนานๆ ในตอนกลางวัน จึงงีบหลับในตอนกลางวัน ตอนกลางคืนไม่สามารถทำให้สภาพหลับคงหลับนานๆ โดยไม่ถูกขัด
4. การเรียงลำดับระยะต่างๆ ของการนอนหลับในตอนกลางคืน (sleep schedules) ก็อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย บางคนง่วงตั้งแต่ช่วงเย็นและตื่นตั้งแต่เช้ามืด

สาเหตุที่ทำให้การนอนหลับในผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงมีหลายสาเหตุ เช่น homeostatic regulation ของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น สมอ่งผู้สูงอายุผลิตและปล่อยmelatonin น้อยลง ผู้สูงอายุอาจจะไวต่อเสียงอีกทีก็ ผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาทางกายและทางจิตจนส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับในตอนกลางคืนได้ โดยรวมแล้วประสิทธิภาพในการนอนหลับลดลงจากร้อยละ 86 ในวัย 45 ปีเหลือเพียงร้อยละ 79 ในวัยแก่กว่า 70 ปี

รูปที่ 1 แสดง hypnogram ของคนวัยต่างๆ กัน



เด็กจะนอนหลับลึกนานเป็นส่วนใหญ่ในช่วงต้นคืน ไม่ค่อยตื่นและฝัน (REM) บ่อยด้วย

ผู้ใหญ่นอนหลับลึกสั้นลงในครั้งแรกของคืน และฝันบ่อยในครึ่งหลังของแต่ละคืน

ผู้สูงอายุการนอนหลับลึกมีน้อยลงหรือไม่มีเลย ตื่นบ่อยขึ้น

เอกสารอ้างอิงสำหรับภาคผนวกที่ 1

1. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep : an overview. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.1-12.
2. Bliwise DL. Normal aging. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.24-38.
3. Zee PC, Avidan AY. Populations at risk for sleep disturbances. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.1-12.

ภาคผนวกที่ 2

นอนไม่หลับ

ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีจะต้องการนอนหลับคืนละ 7-9 ชั่วโมง แต่อาการนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นความผิดปกติของการนอนหลับที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คนอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 19-38.4 มีปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 30 มีอาการตื่นบ่อย ร้อยละ 15 มีอาการนอนหลับยาก แม้สถิติเป็นเช่นนี้แต่อาการเข้านอนแล้วหลับยากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพการนอนหลับมากกว่าการไม่สามารถหลับได้อย่างต่อเนื่อง

อาการ อาการนอนไม่หลับหมายถึงมีอาการต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อ ผสมกันอย่างไรก็ได้ร่วมกับการมีอาการในข้อที่ 4

1. กว่าจะเริ่มหลับได้ต้องใช้เวลานานมากกว่าปกติ 30-45 นาที
2. ตื่นกลางดึกหลายๆ ครั้งในแต่ละคืน
3. ตื่นเช้ามืดกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้
4. ตื่นแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหรือรู้สึกว่าคุณภาพการนอนหลับไม่เต็มอิ่ม

ชนิดของภาวะนอนไม่หลับ มี 2 ชนิดดังนี้

1. นอนไม่หลับช่วงสั้นหรือเฟื่องเป็น (Short-term หรือ acute หรือ transient insomnia) อาการนอนไม่หลับชนิดนี้เริ่มมีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์ สาเหตุมักเกิดจากความเครียด ปวด หรือกำลังเดินทางไกลข้ามหลาย time zone

2. นอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia) อาการนอนไม่หลับชนิดนี้เป็นเรื้อรัง มักมีโรคอย่างอื่นเป็นร่วมด้วย (comorbid) หรือมีพฤติกรรมบางอย่างที่คอยทำให้ (perpetuate) ภาวะนอนไม่หลับเรื้อรัง ระยะเวลานอนไม่หลับเรื้อรังนานกว่า 4 สัปดาห์

สาเหตุของการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับอาจจะเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. อุปนิสัยบางอย่างในผู้สูงอายุทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืนได้แก่
 - 1.1 การงีบในตอนกลางวัน
 - 1.2 ไม่ออกกำลังกายเท่าที่ควร
 - 1.3 ใช้เวลาอยู่ที่กลางแจ้งน้อยทำให้การรับแสงสว่างน้อยลงที่รบกวนวงจรการนอนหลับ
 - 1.4 ดื่มสุราหรือกาแฟ เป็นต้น
2. ยา ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องช้ยา ผู้สูงอายุบางคนต้องช้ยาหลายอย่าง ยาอาจจะทำให้วังงมากหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานในตอนกลางวัน

3. นอนไม่หลับชนิดทุติยภูมิ (Secondary insomnia) ปัจจุบันเรียกชื่อใหม่ว่า comorbid insomnia หมายความว่าในขณะที่มีโรคอย่างอื่นไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายหรือทางจิต ผู้ป่วยก็มีอาการนอนไม่หลับด้วย อาการนอนไม่หลับอาจจะเกิดจากโรคทางกายหรือทางจิตหรือความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับโรคทางกายหรือโรคทางจิตอาจจะไม่ตรงไปตรงมา ตัวอย่างอาการนอนไม่หลับอาจจะไม่ถึงกับหายดีแม้โรคซึมเศร้าจะได้รับการรักษาจนหายแล้ว เป็นต้น

4. นอนไม่หลับจากความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับโดยตรง (Sleep disorders) ได้แก่
 - 4.1 ความผิดปกติชนิดนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary insomnia)
 - 4.2 การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related breathing disorders)
 - 4.3 การเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related movement disorders)
 - 4.4 Circadian rhythm disorders
 - 4.5 ปัญหาการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Dementia-related sleep problems)
 - 4.6 Parasomnias

แนวทางการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย^{1,2}

1. การซักประวัติ รายละเอียดที่ต้องซักได้แก่

1.1 อุปนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่

- 1.1.1 สภาพของห้องนอน
- 1.1.2 กิจกรรมที่มักทำก่อนเข้านอน
- 1.1.3 เวลาที่เข้านอนในแต่ละวัน
- 1.1.4 เวลาที่เริ่มหลับได้
- 1.1.5 จำนวนครั้งที่ตื่นกลางดึกแต่ละคืนและตื่นแต่ละครั้งนานเท่าไร สิ่งที่ทำตอนตื่นกลางดึก เช่น ดื่มน้ำ ไปเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
- 1.1.6 การเคลื่อนไหวของแขนขาในขณะที่หลับ
- 1.1.7 เวลาที่ตื่นและไม่สามารถหลับต่อได้
- 1.1.8 จิบกลางวัน จำนวนครั้ง ระยะเวลาในแต่ละครั้ง
- 1.1.9 แพทย์อาจจะขอให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลข้างต้นทุกวันนาน 2 สัปดาห์ บันทึกนี้เรียกว่า sleep log ซึ่งมีประโยชน์มากในกรณีที่อาการนอนไม่หลับเกิดจาก circadian rhythm disturbances
- 1.1.10 ควรจะสอบถามข้อมูลจากคนที่นอนร่วมกับผู้ป่วยซึ่งมักจะสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการกรน การเคลื่อนไหวของขา พฤติกรรมหรือเหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ

1.2 ประวัติการใช้ยารักษาโรคทางกายและโรคทางจิตที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับได้ รวมทั้งยาที่ผู้ป่วยหาซื้อมาใช้ด้วยตนเองก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับอาจเกิดจากฤทธิ์กระตุ้นจากยาโดยตรง การดื้อยา การถอนยา ยาที่อาจจะทำให้นอนไม่หลับ ได้แก่

- 1.2.1 Pseudoephedrine
- 1.2.2 Decongestant
- 1.2.3 Methyl dopa
- 1.2.4 ยาลดความดันโลหิต
- 1.2.5 ยา Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)
- 1.2.6 Cimetidine
- 1.2.7 สอร์โอมโนไทรอยด์

1.2.8 Antineoplastics

1.2.9 กาแฟ

1.2.10 ซ็อกโกแลต

1.2.11 ยาเสพติดชนิดต่างๆ เช่น สุรา บุหรี่ กาแฟ ยากระตุ้นประสาท

1.3 ประวัติโรคทางกายที่อาจจะทำให้นอนไม่หลับ ได้แก่

1.3.1 โรคที่ทำให้ปวดเรื้อรังเช่นข้ออักเสบ ข้อหัก (เช่น ข้อสะโพก) fibromyalgia ปวดศีรษะ
ปวดหลัง

1.3.2 โรคทางระบบประสาทเช่นโรคของ Parkinson ความผิดปกติชนิด dementia

1.3.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรค
หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย

1.3.4 โรคปอดเช่นโรคหอบหืด โรคหลอดลมอักเสบ

1.3.5 โรคอ้วน

1.3.6 โรคระบบอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน

1.3.7 โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ได้แก่ gastrointestinal reflux โรคแผลในกระเพาะ

1.4 ประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชที่ทำให้นอนไม่หลับ ได้แก่

1.4.1 ความผิดปกติของการปรับตัว

1.4.2 ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป

1.4.3 ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า

1.4.4 ความผิดปกติชนิดจิตเภท

1.4.5 ความผิดปกติชนิด delirium

1.4.6 ความผิดปกติชนิดสมองเสื่อม

1.5 ประวัติเกี่ยวกับการนอนที่ผิดปกติ เช่น การนอนกรน การมีอาการหยุดหายใจในขณะหลับ
การเคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหลับ ความผิดปกติของ circadian rhythm การฝันร้าย night terror การ
ละเมอเดิน การละเมอพูด เป็นต้น

1.6 ประวัติทางสังคม เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสังคม การเข้า
ร่วมกิจกรรมทางสังคม ทักษะที่ผู้ป่วยมีต่อสังคม ประวัติการทำงาน การสูญเสีย

1.7 ประวัติครอบครัว เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โรคภายใน
ครอบครัวทั้งโรคทางกายและทางจิต

1.8 review of systems เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับอาการไม่สบายในระบบอวัยวะต่างๆ

2. การตรวจร่างกาย เป็นการตรวจร่างกายเพื่อตรวจว่ามีโรคทางกายที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ
หรือไม่ การตรวจควรเริ่มต้นด้วยการตรวจ vital signs การตรวจค่า BMI ส่วนอื่นของการตรวจร่างกาย ได้แก่³⁻⁵

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ อ้วน มีไขมันรอบคอ เยื่อจมูกเป็นหนอง เป็นโรคมะเร็ง nasal
septum เบื้องจากการบาดเจ็บทำให้โพรงจมูกไม่โล่ง soft palate และลิ้นไก่ยาวเกินไป peritonsillar pillars
ลิ้นไก่และเพดานอ่อนบวมแดง ต่อมไทรอยด์โตหรือมีไขมันไปจับมาก retropharyngeal adipose tissue มาก

เกินไป เหล่านี้อาจจะเป็นปัจจัยที่ predispose ให้เป็น obstructive sleep apnea ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า พุดช้า ตามองต่ำ สีหน้าเศร้า ผู้ป่วยอาจจะเป็นความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า

2.2 หัวใจและหลอดเลือด คลำและวัดความเร็วของชีพจร ชีพจรที่เร็วอาจจะบ่งว่าเป็นโรคของ คอัมโมรอยด์ โรคหัวใจ สังเกตบริเวณหน้าหัวใจ คลำและสังเกตการเต้นของหัวใจ ฟังการเต้นของหัวใจอาจจะ ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของหัวใจ

2.3 ปอด การฟังปอดอาจจะได้ยิน expiratory wheeze ในผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดในตอนกลางคืน ผู้ป่วย kyphoscoliosis อาจจะกระทบ ventilatory capacity ทำให้เกิด hypoventilation และหายใจลำบากในตอนกลางคืน ผู้ป่วย obstructive sleep apnea อาจจะตรวจพบคลำ right-sided heart failure ได้แก่ hepatomegaly, ascites และ ankle edema ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจจากการหายใจผิดปกติในขณะนอนหลับอาจจะ มี cardiac thrust ที่ left sternal border จาก right ventricular enlargement หรือที่ left second intercostals space ใกล้กับ sternum จาก pulmonary hypertension การฟังอาจจะฟังได้ fourth heart sound จาก enlarged right ventricle และ murmurs จาก pulmonary หรือ tricuspid valve insufficiency

2.4 การตรวจท้อง อาจจะพบตับโตจากการใช้สุรา หรือเป็น congestive heart failure จนทำให้นอนหลับผิดปกติ

2.5 การตรวจแขนขา อาจจะพบว่า มีบางข้อบวม อักเสบ หรือแขนขาผิดปกติ ข้อต่างๆ เคลื่อนไหว ได้จำกัด synovial tissue หนาแสดงถึงข้ออักเสบ

2.6 การตรวจทางประสาทวิทยา อาจจะพบว่าผู้ป่วยมีโรคทางประสาทวิทยา ผู้ป่วยที่ตื่นตัว ไม่เต็มที่ slurred speech และ nystagmus เช่นนี้อาจจะแสดงว่าผู้ป่วยใช้ยานอนหลับหรือยาสงบประสาท ผู้ป่วยที่การรับรู้ความรู้สึกไม่ดี ไม่มี deep tendon reflex ผู้ป่วยอาจจะ เป็น peripheral neuropathy จนทำให้เกิด อาการชาหรือปวดในตอนกลางคืน ผู้ป่วยที่ความจำไม่ดี การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถทางภาษาบกพร่อง ไม่สามารถให้เหตุผลที่เป็นนามธรรม ผู้ป่วยอาจจะ เป็นความผิดปกติชนิดสมองเสื่อม

3. การตรวจสภาพจิต ได้แก่การตรวจความผิดปกติทางจิตดังต่อไปนี้

3.1 ความผิดปกติของการปรับตัว ผู้ป่วยที่กำลังปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เพิ่งเกิดหรือ กำลังเกิดขึ้นในชีวิตอาจจะมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล อารมณ์เศร้า หงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำงาน ไม่ได้⁶

3.2 ความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการ กังวล สมาธิไม่ดี หงุดหงิด ปวดตามกล้ามเนื้อ ความจำไม่ดีและนอนไม่หลับ⁷

3.3 ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ผู้ป่วยความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้าจะมีอาการเศร้า หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า นอนไม่หลับ⁸

3.4 ความผิดปกติชนิดโรคจิตทั้งชนิดโรคจิตเฉียบพลันและจิตเภท ผู้ป่วยความผิดปกติชนิด โรคจิตอาจจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและนอนไม่หลับ^{9,10}

3.5 Delirium ผู้ป่วย delirium อาจจะมีอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สามารถ ให้ความสนใจได้ (focus attention) ไม่สามารถเปลี่ยนความสนใจได้ มีอาการ disorientation ความจำใหม่ๆไม่ดี อาจจะมีอาการประสาทหลอนโดยเฉพาะเห็นภาพหลอน อาการทั้งหมดจะเป็นมากในตอนกลางคืน ผู้ป่วย อาจจะมีการนอนหลับที่ผิดปกติโดยกลางวันนอนหลับแต่กลางคืนนอนไม่หลับ¹¹

3.6 Dementia ผู้ป่วย dementia อาจมีอาการนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่ง นอกจากนี้จะมีอาการ ความจำไม่ดี จำเหตุการณ์หรือความรู้ใหม่ๆไม่ได้ การทำงานของศูนย์ชั้นสูงของสมองบกพร่อง (higher cortical function) เช่น aphasia คำนวณเลขไม่ได้ เขียนและอ่านหนังสือไม่ได้ ไม่รู้จักสิ่งของที่คุ้นเคย (agnosia) ทำงานไม่ได้ทั้งที่เคยทำได้ ไม่สามารถลำดับการเคลื่อนไหวเพื่อทำงานให้เสร็จได้ทั้งที่ระบบประสาทรับ ความรู้สึกดีอยู่ (apraxia) ไม่สามารถบริหารจัดการได้ (executive function) เช่น ไปธนาคารเพื่อทำธุรกรรม ไปซื้อของจ่ายเงินรับเงินทอนไม่ได้ เป็นต้น¹²

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่^{1,13}

4.1 การตรวจเลือด :

- CBC : anemia... iron, B12, folic acid deficiency ผู้ป่วยที่เป็น COPD เรื้อรังอาจเกิดภาวะ polycythemia

- FPG : hypoglycemia, hyperglycemia
- BUN/ Cr : uremic encephalopathy, chronic renal failure
- Liver function test : hepatic encephalopathy

4.2 การตรวจปัสสาวะ :

- Specific gravity...CRF, DI
- Sugar...DM,
- Protein...nephropathy
- WBC...UTI
- RBC...stone, cancer

4.3 X-ray :

- Chest
 - Cardiomegaly
 - Pulmonary congestion
 - COPD
- Joints
 - Inflammation
 - Alignment
 - Spur
- Bone
- อื่นๆ ตามข้อบ่งชี้

4.4 EKG :

- Angina pectoris
- Acute myocardial infarction
- Arrhythmia...palpitation, fainting
- Tachycardia, bradycardia ...palpitation, fainting

การรักษา ที่สำคัญคือการรักษาโรคทางกายหรือความผิดปกติทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามในขณะที่รักษาสาเหตุเบื้องต้นของการนอนไม่หลับก็ไม่เพิกเฉยอาการนอนไม่หลับ เพราะจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและอาจทำให้เกิดความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้าได้

การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือการนอนหลับผิดปกติ ควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสุขอนามัยของการนอนหลับ เมื่อไม่ได้ผลจึงค่อยพิจารณาการรักษาด้วยยา

1. สุขอนามัยของการนอนหลับ (Sleep hygiene) เป็นความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยเพื่อให้นอนหลับได้เร็วขึ้น (reduce sleep latency) และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนิสัยที่ขัดขวางการนอนหลับ ตลอดจนความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการนอนหลับ การสร้างสุขอนามัยของการนอนหลับเป็นวิธีพื้นฐานที่สุดที่ทำให้คนเรานอนหลับได้อย่างปกติ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยสร้างสุขอนามัยการนอนหลับนี้อย่างสม่ำเสมอจนเป็นอุปนิสัยติดตัว

สุขอนามัยของการนอนหลับประกอบด้วย¹⁴

- 1.1 รักษาเวลาเข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลาที่สม่ำเสมอ
- 1.2 พยายามทำกายและใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอนอย่างสม่ำเสมอ
- 1.3 หลีกเลี่ยงการข่มขู่จิตใจให้หลับให้ได้ ให้ยึดคิดว่านอนหลับได้เท่าไรให้พอใจเท่านั้น
- 1.4 หลีกเลี่ยงการงีบหลับในตอนกลางวัน ไม่นอนแช่
- 1.5 หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน ถ้าง่วงมากจนทนไม่ไหวก็ควรงีบนานเพียง 10-30 นาที และไม่งีบในช่วงบ่ายมากเกินไปหรือไม่งีบในช่วงเย็น เพราะจะส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับในตอนกลางคืน
- 1.6 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายในตอนเช้าหรือตอนบ่าย ไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลานอนมากเกินไป ควรให้ห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อยที่สุดประมาณ 6-8 ชั่วโมง
- 1.7 หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวันไปแล้ว
- 1.8 หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่กระตุ้นระบบประสาทในช่วงเย็น
- 1.9 งดรับประทานอาหารหนักๆ ก่อนเข้านอน หรือไม่ปล่อยให้เกิดอาการหิวก่อนเวลาเข้านอน
- 1.10 จัดห้องนอนให้เงียบ สบาย ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิพอเหมาะไม่ร้อนเกินไป
- 1.11 หลีกเลี่ยงการขบคิดปัญหาต่างๆ ก่อนและระหว่างการนอน อาจใช้วิธีจดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นก่อนเข้านอนให้เรียบร้อย และควรคิดให้เรียบร้อยตั้งแต่กลางวันแล้ว
- 1.12 ถ้าตื่นกลางดึก นอนไม่หลับให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้สมองตื่นตัวต่อไปนี้ ดูภาพยนตร์ ที่วีทำงาน เล่นเกม ใช้ความคิด คอยดูเวลา อ่านหนังสือ

2. การรักษาอาการนอนไม่หลับแบบใช้ยา ปกติแพทย์ควรรักษาด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยา (non pharmacologic management) เป็นลำดับแรก คือรักษาด้วยการสร้างสุขอนามัยของการนอนหลับ ยาเป็นการรักษาเสริม (adjunctive) เสมอ การรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยาควรใช้กับผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับอย่างรุนแรงจนร่างกายทรุดโทรมเกิดทุพพลภาพต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือต่อการทำงาน เป้าหมายของการรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยาคือเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ลดอาการอ่อนเพลียในเวลากลางวัน สมารถดีขึ้น ดูแลกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

หลักการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุด้วยยา¹

2.1 ผู้สูงอายุที่อาการนอนไม่หลับอาจจะดีขึ้นด้วยยามักจะเป็นอาการนอนไม่หลับชนิดเฉียบพลัน (acute insomnia) คือเป็นน้อยกว่า 4 สัปดาห์ หรือนอนไม่หลับจากการมีเหตุการณ์หรือมีเรื่องราวเพิ่งเกิดขึ้นในชีวิต (situational insomnia) ส่วนใหญ่มักเป็นความเครียดเฉียบพลัน ป่วยด้วยโรคทางกายหรือต้องอยู่ในโรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมหรือมีการเปลี่ยนแปลงตารางการนอนหลับ แพทย์ควรเริ่มการรักษาด้วยการปลอบใจว่าปัญหานอนไม่หลับนี้จะเป็นเพียงชั่วคราว แนะนำให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ให้ทราบสุขอนามัยของการนอนหลับ และถ้าจำเป็นแพทย์อาจจะทดลองรักษาด้วยยาเป็นช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 4 สัปดาห์ได้ ควรให้รับประทานยาสัปดาห์ละไม่เกิน 3 วัน รับประทานวันเว้นวัน ควรติดตามฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาและผลการรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยาทุก 1-2 สัปดาห์ ควรหยุดยาเมื่อรักษาด้วยยาครบ 4 สัปดาห์แล้ว ถ้าหยุดไม่ได้ควรส่งไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

2.2 อาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia) ที่เป็นนานเกิน 4 สัปดาห์ ควรค้นหาและรักษาสาเหตุจากโรคทางกายและทางจิตก่อน ควรปลอบใจว่าปัญหานอนไม่หลับนี้แก้ไขได้ แพทย์พึงให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับไม่ว่าสาเหตุจะเป็นอะไร หากจะรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยยาก็ก็นำไปปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 2.1

ยาที่ใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ ได้แก่

1. ยา benzodiazepine receptor agonist

1.1 ยาในกลุ่มนี้มี 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นยา benzodiazepine กลุ่มที่ 2 เป็น non-benzodiazepine เช่นยา zolpid แต่ทั้ง 2 กลุ่มออกฤทธิ์โดยการจับกับ benzodiazepine receptor เหมือนกัน

1.2 ควรใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นลำดับแรกในการรักษาอาการนอนไม่หลับ

1.3 เลือกใช้ตามเงื่อนไขต่างๆ เช่น ตามชนิดของการนอนไม่หลับ (แก้ไข sleep onset หรือแก้ไขการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง) อายุ โรคทางกายและทางจิตที่เป็น comorbid ยาที่ช่วยทำให้หลับที่ดีควรทำให้หลับได้ในตอนกลางคืน และมีฤทธิ์คงค้างน้อยในวันรุ่งขึ้นหรือไม่มีเลย ยาที่ดูดซึมได้เร็วและยาที่มีครึ่งชีวิตสั้น (zolpidem) จะดีสำหรับ sleep-onset insomnia ยาที่ออกฤทธิ์ปานกลาง (เช่น lorazepam ,clonazepam) จะดีสำหรับการนอนหลับที่ไม่ต่อเนื่อง

1.4 แพทย์ควรรักษาอาการนอนไม่หลับช่วงสั้น เมื่ออาการนอนไม่หลับดีขึ้นให้ลดขนาดยาลงร้อยละ 25 ทุก 5 วันจนกระทั่งหมด ตลอดจนการรักษาจะต้องรักษาด้วยวิธี non pharmacologic ร่วมด้วย

หลักทั่วไปในการใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ คือ

1. ใช้ยาเท่าที่จำเป็นในขนาดที่ได้ผลและในขนาดที่ต่ำที่สุด ควรจะเริ่มใช้ในขนาดน้อยที่สุดและค่อยๆ เพิ่มขนาดขึ้นตามที่จำเป็น ถ้าใช้ขนาดสูงขึ้นจะทำให้ระยะเวลาออกฤทธิ์นานขึ้นแต่ก็อาจจะทำให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวันรุ่งขึ้น

2. ให้ใช้ยาประมาณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้ไม่เกิน 4 สัปดาห์ ถ้าแนะนำนี้เหมาะสำหรับอาการนอนไม่หลับที่เป็นอย่างเฉียบพลันและเป็นตามเหตุการณ์ แต่อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริงทางคลินิกมากนักเพราะบางครั้งก็ต้องรักษาอาการนอนไม่หลับนานขึ้น

3. การใช้ยาเป็นบางครั้งบางคราวอาจจะช่วยป้องกันอาการทนยา แต่อาจจะทำให้เกิดอาการพึ่งพิงยาจาก negative conditioning process

ข้อห้ามใช้ยา ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติชนิด alcohol abuse
2. ผู้ป่วย sleep apnea ที่รุนแรง
3. ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่กำลังเข้าเวรปฏิบัติงาน
4. การใช้ยาช่วยทำให้หลับในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคตับ โรคปอดและผู้ป่วยทางจิตเวชควรได้รับการ

เฝ้าระวังอันตรายในขณะที่ใช้ยา

ข้อควรระวังในการใช้ยานอนหลับ ได้แก่

1. ปกติผู้สูงอายุอัตรา metabolism จะลดลงจึงควรใช้ยาในขนาดลดลง ยานอนหลับอาจจะทำให้ผู้สูงอายุเกิด central nervous system depression หรือ confusional state เกิดอาการ ataxia หกล้ม กดการหายใจได้
2. ไม่ใช้ใน sleep apnea syndrome เพราะจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงมากขึ้น ไม่ใช้ยานอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดเพราะยาจะไปกดการหายใจ
3. ระวัง drug interactions โดยเฉพาะเมื่อรับประทานยานอนหลับร่วมกับยาอื่นที่ทำให้วังมาก หรือกินยานอนหลับร่วมกับสารการกดสมองจะมากขึ้น
4. ไม่ใช้ในคนที่มีเวลานอนหลับไม่พอ ถ้าเวลานอนหลับไม่ถึง 8 ชั่วโมง ก็ไม่ควรรับประทานยานอนหลับ
5. ไม่ควรใช้ยาที่ค่าครึ่งชีวิตนานและต้องระวังการสะสมของยาในร่างกาย
6. หลังเริ่มให้ยารักษาอาการนอนไม่หลับ ควรมีการติดตามผลการข้างเคียงของยาใน 1-2 สัปดาห์แรก

ตารางที่ 5 แสดงคุณสมบัติของยาที่ใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ

กลุ่มยา	Equivalent dosage (มิลลิกรัม)	ขนาดยา (มิลลิกรัม)	Half-life (ชั่วโมง)
กลุ่มยา Benzodiazepines receptor agonists			
Clonazepam	0.25	0.25-2	20-60
Lorazepam	1	0.5-2	10-20
Temazepam	15	7.5-30	8-17
Zolpidem	5	5-10	1.5-5
ยา lorazepam 1 mg เทียบเท่ากับยา temazepam 15 mg แต่ไม่มียา temazepam ในประเทศไทย			
กลุ่มยารักษาอารมณ์เศร้า			
Nortriptyline		10-30	18-60
Trazodone		25-100	3-9
กลุ่มยา antihistamine			
Diphenhydramine		50-100	5.3-11.7

2. ยารักษาอาการนอนไม่หลับ

2.1 ยารักษาอาการนอนไม่หลับที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงมักจะใช้เป็นยารักษาอาการนอนไม่หลับหรือใช้ร่วมกับยานอนหลับ

2.2 ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ยา trazodone, nortriptyline

2.3 การใช้เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับควรใช้ยาเหล่านี้ในขนาดน้อย เช่น nortriptyline 10-20 มิลลิกรัม เป็นต้น

2.4 ยา trazodone ก่อนข้างง่วงและทำให้ง่วงนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณการนอนหลับระยะที่ 3 และ 4

2.5 ข้อควรระวังคือยา nortriptyline เป็นยาในกลุ่ม tricyclic ซึ่งทำให้ง่วง ชิม และมีฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ชนิด anticholinergic ทำให้เกิดอาการตาพร่า ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก orthostatic hypotension แพทย์ไม่ควรสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อหิน

3. ยา antihistamine

3.1 ยา antihistamine ทำให้เกิดอาการง่วง

3.2 แม้ว่าจะมีการใช้ยานี้เพื่อช่วยทำให้หลับ แต่การศึกษา efficacy และความปลอดภัยในขณะที่ใช้เป็นยานอนหลับก็ยังมีน้อย

3.3 ยา diphenhydramine ทำให้ง่วงนอนไม่หลับอ่อนๆ หลับได้ แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับที่เรื้อรังและรุนแรง

3.4 แพทย์จะต้องตระหนักว่ายานี้ antihistamine สามารถทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น psychomotor และ cognitive impairment ได้และทำให้เกิดอาการง่วงค้างในวันรุ่งขึ้นได้

3.5 ในขณะที่ใช้ยา antihistamine ผู้ป่วยบางคนกลับเกิดอาการตรงกันข้ามคือเกิดอาการกระสับกระส่ายแทนที่จะหลับได้

4. สารที่เป็นอาหารเสริม เช่น melatonin

4.1 melatonin เป็นฮอร์โมนที่ร่างกายผลิตในตอนกลางคืนโดยต่อม pineal

4.2 สารนี้ทำให้ circadian sleep disturbance ที่เกิดจากการทำงานเป็นกะและ jet-lag ดีขึ้น

4.3 ประโยชน์ของ melatonin ต่อการนอนหลับผิดปกติชนิดอื่นยังไม่เป็นที่แน่ชัดและฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้เป็นเวลานานก็ยังไม่เป็นที่ทราบกัน

4.4 ในปัจจุบัน melatonin ยังไม่ใช่มาตรฐานในการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ

3. การรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่¹⁵

3.1 Biofeedback

3.1.1 เป็นการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อวัดและแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้น ข้อมูลทางสรีรวิทยาเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ใช้ไม่รู้ตัว เครื่องมืออาจจะแสดงข้อมูลทางสรีรวิทยาด้วยภาพหรือเสียงหรือตัวเลข ข้อมูลที่แสดงจะเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงบางอย่าง เช่น คลื่นสมอง

3.1.2 เมื่อผู้ใช้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสรีรวิทยาภายในร่างกายว่าเป็นอย่างไรแล้ว ต่อไปเป็นหน้าที่ของผู้ใช้ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยบางอย่างเพื่อจัดสรีรวิทยาที่ไม่เหมาะสมให้หมดไปและเพื่อให้เกิดสรีรวิทยาที่เหมาะสมมาแทนที่

3.1.3 Biofeedback จะช่วยลดการใช้ยาอย่างเรื้อรังได้

3.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีการประกอบด้วย

- 3.2.1 ให้นึกถึงกล้ามเนื้อเป็นกลุ่มๆ เช่น ให้เพ่งไปที่กล้ามเนื้อด้านในขาพับ แก้มก้น กล้ามเนื้อหูรูด หลังท่อนล่าง กระเพาะ หน้าอก หลังช่วงบน ไหล่ คอ ต้นคอ คาง ลิ้น ขมับ ตา หน้าผาก หนังกิริยะ
- 3.2.2 สั่งให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายทีละกลุ่ม ให้นึกว่ากล้ามเนื้อกำลังถูกรวด ถูกประคบให้อุ่นๆ ให้นึกเป็นกลุ่มทีละกลุ่ม
- 3.2.3 ในขณะที่นึกถึงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้หายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ ให้ฝึกฝนบ่อยๆ
- 3.2.4 ขณะที่กำลังหายใจเข้าหรือออกให้บอกกับตนเองว่ากล้ามเนื้อมัดนั้นๆ คลายตัวๆ หลายๆ ครั้ง ช้าๆ
- 3.2.5 ขณะที่ทำ biofeedback หรือทำผ่อนคลาย ผู้ทำสามารถสร้างจินตภาพว่ากำลังนั่งสบายๆ อยู่ในที่ที่ตนเองชอบ เป็นที่ที่อยู่แล้วมีความสุข เจริญสงบ อบอุ่น ให้นึกว่าตนเอง กำลังอยู่ ณ ที่นั้นจริงๆ จนกระทั่งเห็น ได้ยิน ได้กลิ่นหรือเข้าถึงอารมณ์ของการอยู่ตรงนั้น

เอกสารอ้างอิงสำหรับภาคผนวกที่ 2

1. Benca RM. Insomnia. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.36-69.
2. พิเชฐ อุดมรัตน์. แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ. ใน : พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ, การวินิจฉัยและการรักษาโรคทางจิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป (ฉบับปรับปรุง). สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551. หน้า 51-62.
3. Malow BA. Approach to the patient with disordered sleep. In : Kryger MH , Roth T, Dement WC. Editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.589-601.
4. Strollo PJ. Sleep disorders in primary care. In : Poceta JS, Mitler MM, editors . Sleep disorders : diagnosis and treatment. Totowa : Humana Press ; 1998. p.1-20.
5. Scheuermann SS, Phillips BA. Sleep-disordered breathing. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.13-35.
6. Katzman JW, Tomori O. Adjustment disorders. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.2055-62.
7. Pine DS, McClure EB. Anxiety disorders : clinical features. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1768-79.
8. Akiskal HS. Mood disorders : clinical features. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1611-51.
9. Mojtabai R. Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorder. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1512-21.
10. Kirkpatrick B, Tek C. Schizophrenia : clinical features and psychopathology concepts. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1416-35.
11. Samuells SC, Neugroschl JA. Delirium. In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1054-67.
12. Neugroschl JA, Klevzon A, Samuels SC, Marin DB. Dementia . In : Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1068-92.
13. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In: Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
14. สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. นอนหลับฝันดี. (อ้างอิง วันที่ 26 ตุลาคม 2551) จาก URL : http://www.manarom.com/goodDream_thai.html
15. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia : an update. An american academy of sleep medicine report. Sleep. 2006 ; 29(11):1415-9.

ภาคผนวกที่ 3

การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep - Related Breathing Disorder)

การหายใจผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep-related breathing disorder) มีหลายชนิดที่สำคัญได้แก่¹

1. การกรนชนิดปฐมภูมิ (Primary snoring) และ
2. การหยุดหายใจในขณะนอนหลับ (Sleep apnea) ซึ่งมี 2 ชนิดได้แก่
 - 2.1 Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome และ
 - 2.2 Central sleep apnea

การกรนชนิดปฐมภูมิ (Primary snoring)

การกรนในผู้ป่วยบางคนอาจจะเป็น precursor ของการเกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ในอนาคตได้แต่โดยตัวมันเองก็ไม่ใช่ predictor ของการเกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome การกรนชนิดปฐมภูมิพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในขณะนี้ยังไม่ทราบสาเหตุ เมื่ออายุมากขึ้นความชุกของการกรนชนิดปฐมภูมิมักขึ้น แต่บางวิจัยรายงานว่าพบการกรนชนิดปฐมภูมิน้อยลงในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี โดยส่วนใหญ่แล้วการกรนชนิดปฐมภูมิมักจะเป็น sleep-related breathing disorder ที่ไม่รุนแรง

อาการ ได้แก่

1. กรนโดยที่ไม่มีอาการ sleep apnea การกรนมักเกิดในขณะหายใจเข้าบ่อยกว่าหายใจออก ทุกๆของการนอนหลับเกิดอาการกรนได้ แต่มักเกิดในขณะนอนหลับในระยะที่ 3 ถึง 4 และระยะ REM
2. ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เพราะว่าคนที่นอนอยู่กับผู้ป่วยเกิดความรำคาญต้องฟังเสียงกรนจนนอนไม่หลับ
3. ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการง่วงหรืออยากนอนในตอนกลางวัน ไม่มีอาการนอนไม่หลับ ไม่มี sleep disruption

ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการกรนชนิดปฐมภูมิ ได้แก่

1. อ้วน
2. ดื่มสุราก่อนนอน
3. สูบบุหรี่
4. ใช้ยาแก้ปวดประสาทหรือยาคลายกล้ามเนื้อ
5. Hypothyroidism และโรคทางกายอย่างอื่น
6. อยู่ในท่านอนหงายในขณะนอนหลับ
7. กัดจุกหรือมีสิ่งอุดตันในจมูก
8. ทางเดินอากาศส่วนบนมีกายวิภาคผิดปกติ

แนวทางในการวินิจฉัยโรคประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ประกอบด้วยการสอบถามประวัติเพื่อตรวจสอบว่าอาการที่ทำให้ต้องมาพบแพทย์ ใช้อาการกรนหรือไม่ ถ้าใช่ก็ให้สอบถามประวัติต่อไปนี้เพิ่มเติม

1.1 ประวัติเกี่ยวกับการกรนโดยคนที่นอนอยู่กับผู้ป่วยเป็นผู้ให้ประวัติร่วมด้วย เพราะผู้ป่วย อาจจะไม่ทราบว่าลักษณะการกรนของตนเองว่าเป็นอย่างไรบ้าง

1.2 กรนทุกคืนหรือไม่ ท่านอนที่ทำให้กรน มีอาการหยุดหายใจเกิดขึ้นด้วยหรือไม่ มีอาการต้อง อ้าปากหายใจเพื่อให้ได้อากาศหรือไม่

1.3 ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการกรน

1.4 ประสิทธิภาพการทำงานในตอนกลางวัน และกลางวันมีอาการง่วงหรือไม่

1.5 มีโรคทางกายเช่น hypothyroidism , acromegaly การผ่าตัดตรงทางเดินอากาศส่วนบน

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วยการตรวจว่ามีความผิดปกติดังต่อไปนี้หรือไม่

2.1 ความดันโลหิตและอัตราชีพจร

2.2 อ้วน โดยวัด body mass index (BMI) ≥ 30 กก. ต่อ ม.²

2.3 เส้นรอบวงคอ ผู้หญิง > 41 ซม. ผู้ชาย > 43 ซม.

2.4 กายวิภาคทางเดินอากาศผิดปกติ เช่นต่อมทอนซิลโต nasal septal deviation เป็นต้น ทางเดิน อากาศส่วนจมูกและ oropharynx มีการอักเสบ congestion ทางเดินอากาศมีขนาดเล็ก อวัยวะต่างๆ ในช่อง คอหอยอัดแน่นหรือไม่

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการง่วงหรืออยากนอนมากในตอนกลางวัน ไม่มี โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอาจจะเป็นเพียงอาการกรนชนิดปฐมภูมิเท่านั้น จึงไม่จำเป็นต้องตรวจทาง ห้องปฏิบัติการอีก

การรักษา การรักษาผู้ป่วยกรนชนิดปฐมภูมิประกอบด้วย

1. การปรับ life style ของผู้ป่วยได้แก่ ลดน้ำหนักตัว งดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่ ไม่ใช้ยาที่ทำให้ง่วง ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท แพทย์ควรนัดผู้ป่วยมาเพื่อติดตามการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้วย

2. ให้ยาลดอาการคัดจมูก ให้ยาแก้อักเสบ

3. แนะนำหลีกเลี่ยงการนอนท่าหงาย

ผู้ป่วยที่กรนและมีอาการต่อไปนี้ร่วมด้วย ตื่นนอนแล้วไม่สดชื่น ตอนกลางวันง่วงและอยากนอนหลับ มากๆ ทำงานไม่ค่อยได้ ปวดศีรษะ สมาธิหรือความใส่ใจไม่ดี แพทย์จะต้องส่งผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป

Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome¹⁻⁴

พบ obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome บ่อยในผู้สูงอายุและในคนที่น้ำหนักตัวเกินอย่าง มีนัยสำคัญ ผู้ป่วยนอกจากมีอาการกรนแล้วยังมีอาการทางเดินอากาศส่วนคอหอยถูกอุดกั้นจนหยุดหายใจ ในขณะที่นอนหลับ ทำให้เกิด asphyxia เป็นช่วงสั้นๆ ในขณะนั้นความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง ความอิ่มตัวของคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น การหยุดหายใจหรือการที่ทางเดินอากาศถูกขัดขวางหรือภาวะ hypoxemia หรือปัจจัยเหล่านี้รวมกันทำให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาเพื่อหายใจเพื่อทำให้ความอิ่มตัวของออกซิเจนและ คาร์บอนไดออกไซด์กลับมาเป็นปกติ (catch up breaths) คนที่นอนร่วมกับผู้ป่วยจะเห็นอาการข้างต้น แต่ผู้ป่วย อาจจะไม่ทราบว่าตนเองหยุดหายใจ และอาจจะไม่ทราบเลยว่าได้ตื่นขึ้นมาเพื่อหายใจ

อาการ อาการของ obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ประกอบด้วย

1. นอนกรน

2. มีญาติหรือคนที่นอนร่วมกับผู้ป่วยยืนยันว่าในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับและกรนผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจเป็นพักๆ มีอาการหอบ อ้าปากหายใจ หายใจลำบาก น้ำลายยืด หลับกระสับกระส่าย เหนื่อย ออกมาก กรดในกระเพาะอาหารไหลย้อน ปัสสาวะบ่อย

3. กลางวันมีอาการง่วงมากๆ ปวดศีรษะ สมาธิไม่ดี อ่อนเพลีย ซึมเศร้า

ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ได้แก่

1. เพศชาย

2. นอนในท่าหงาย

3. ดื่มสุราก่อนนอน

4. สูบบุหรี่

5. ใชยาที่ทำให้ง่วงและยาอื่นๆ ได้แก่ growth hormone, β -blocker, testosterone

6. มีโรคทางกายเป็น comorbid ได้แก่ coronary heart disease, stroke, endocrinopathies (hypothyroidism, acromegaly) renal failure, craniofacial anomalies (achondroplastic dwarfism), arterial hypertension, neuromuscular disorders

7. อ้วน (BMI > 30 กก./ม.²)

8. กายวิภาคทางเดินอากาศส่วนบนอุดตัน

9. มีคนในครอบครัวเป็นกลุ่มอาการนี้

แนวทางการวินิจฉัยโรคประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ประกอบด้วยการสอบถามเกี่ยวกับ

1.1 ปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ อายุมากกว่า 65 ปี และความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ให้ดูปัจจัยอื่นๆที่ทำให้เสี่ยงจากรายการข้างต้นด้วย

1.2 การซักเกี่ยวกับอาการนอนกรนและการหยุดหายใจในขณะที่หลับ การนอนหลับกระสับกระส่าย การตื่นนอนเป็นช่วงสั้นๆ ในตอนกลางคืน

1.3 การซักประวัติเกี่ยวกับผลพวงของโรค ภาวะ obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome นอกจากทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วภาวะนี้ยังทำให้ง่วงในตอนกลางวันจนกระทบประสิทธิภาพในการทำงานและอาจจะทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้เช่นเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ขับจักรยานพาหนะ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

2.1 การหาค่า BMI ถ้ามมากกว่า 30 กก./ม.² จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome

2.2 การวัดเส้นรอบวงคอ ผู้ชายที่เส้นรอบวงคอ ≥ 43 ซม. ผู้หญิง ≥ 41 ซม. เส้นรอบวงคอกว้างจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะ obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome

2.3 ตรวจร่างกายตามระบบเพื่อตรวจหาโรคที่สัมพันธ์กับการเป็น obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ผู้ป่วยจำนวนมากการตรวจร่างกายจะเป็นปกติ ร่างกายที่ปกติจึงไม่ประกันว่าจะไม่เป็น obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรส่งผู้ป่วย obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการนอนหลับต่อไป

การรักษา ประกอบด้วย

1. การรักษาภาวะ obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ควรส่งผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนหลับที่ผิดปกติ

2. แพทย์ทั่วไปพึงรักษา life style สุขอนามัยของการนอนหลับและโรคทางกายที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็น obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome เพิ่มขึ้น การปรับ life style ของผู้ป่วยได้แก่ ลดน้ำหนักตัว ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้ยาที่ทำให้หวั่นง ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ แนะนำให้นอนหงาย แพทย์ควรนัดผู้ป่วยมาเพื่อติดตามการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้วย

Central sleep apnea¹

ในขณะที่หลับผู้ป่วยภาวะ central sleep apnea จะมีการหยุดหายใจเป็นพักๆ พักละอย่างน้อยที่สุด 10 วินาที ช่วงหยุดหายใจจะไม่มีลมหายใจเลยและผู้ป่วยจะไม่มีอาการพยายามหายใจใดๆ ภาวะ central apnea เกิดจาก ventilatory drive ลดลง ทำให้เกิดอาการหยุดหายใจ สาเหตุที่ ventilatory drive ลดลงยังไม่เป็นที่ทราบกัน การหยุดหายใจเกินชั่วโมงละ 5 ครั้งถือว่าผิดปกติ

อาการ ประกอบด้วย

1. ขณะที่หลับมีการหยุดหายใจเป็นพักๆ แม้หยุดหายใจก็ไม่มีอาการตื่นขึ้นเพื่อหายใจสดชื่น
2. นอนไม่หลับ นอนกระสับกระส่าย
3. หายใจหอบในขณะที่หลับจนทำให้ต้องตื่นขึ้นมา
4. กรนแต่ไม่รุนแรง
5. ง่วงและอยากนอนในตอนกลางวัน

ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด central sleep apnea ได้แก่

1. ภาวะ alveolar hypoventilation
2. Cheyne-Stokes breathing
3. End-stage COPD, pulmonary hypertension และ congestive heart failure
4. ภาวะอื่นๆ ที่ทำให้เกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ก็อาจจะทำให้เกิด central apnea ได้ด้วย ผู้ป่วยบางคนจึงมีทั้ง 2 ภาวะนี้

แนวทางในการวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย

การวินิจฉัยภาวะ central apnea ต้องอาศัยการตรวจเกี่ยวกับการนอนหลับในห้องปฏิบัติการ

การรักษา ประกอบด้วย

1. แพทย์ควรส่งผู้ป่วย central apnea ไปให้ผู้เชี่ยวชาญรักษา
2. แพทย์พึงรักษาปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็น central apnea
3. เนื่องจากผู้ป่วย central apnea มักจะมีภาวะ obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome ร่วมด้วย แพทย์จึงควรรักษาปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome

เอกสารอ้างอิงสำหรับภาคผนวกที่ 3

1. Scheuermann SS, Phillips BA. Sleep-disordered breathing. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.13-35.
2. Backer WD. Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. In : Randerath WJ, Sanner BM, Somers VK. Editors. Sleep apnea : current diagnosis and treatment. Basel : Karger ; 2006. p.90-103.
3. Yim S, Jordan A, Malhotra A. Obstructive sleep apnea : clinical presentation, diagnosis and treatment. In : Randerath WJ, Sanner BM, Somers VK. Editors. Sleep apnea : current diagnosis and treatment. Basel : Karger ; 2006. p.118-36.
4. ผศ.นพ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ภาวะง่วงง่ายผิดปกติ. (อ้างอิง วันที่ 25 กรกฎาคม 2551) จาก URL : <http://www.vichaiyut.co.th>

ภาคผนวกที่ 4

การเคลื่อนไหวผิดปกติที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ (Sleep - related movement disorders)

การเคลื่อนไหวผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะนอนหลับมี 2 ชนิด ได้แก่ กลุ่มอาการขากระสับกระส่าย (restless legs syndrome หรือ RLS) และความผิดปกติชนิดแขนขาเคลื่อนไหวเป็นพักๆ (periodic limb movement disorder หรือ PLMD) ทั้ง 2 ภาวะนี้ทำให้ระยียงก้เคลื่อนไหวในขณะนอนหลับ ทำให้นอนหลับได้ไม่ดีและทำให้ง่วงในตอนกลางวัน พบบ่อยที่ทั้ง 2 ภาวะนี้เป็นในคนเดียวกัน

Restless legs syndrome หรือ RLS¹⁻³

พบภาวะ RLS บ่อยในผู้สูงอายุ

อาการ ประกอบด้วย

1. รู้สึกไม่สบายที่ขาโดยเฉพาะข้อเท้า ข้อเข่า เช่น รู้สึกแปลบๆ มีอะไรเสียดๆ รู้สึกว่ามีเข็มแทงที่ขา เป็นสภาพที่บังคับให้ต้องขยับแขนขาเพื่อให้สบายขึ้น ผู้ป่วยฝืนอยู่นิ่งก็ทำไม่ได้ การขยับแขนขาอาจจะทำให้สบายขึ้นหรือสบายบ้าง ถ้าหยุดขยับแขนขาอาการจะกลับเป็นใหม่ ทำให้ไม่สามารถเริ่มต้นหลับได้ หรือไม่หลับเลยทั้งคืน

2. ทำให้ง่วงในตอนกลางวัน

สาเหตุ

1. ขณะนี้ยังไม่ทราบว่า RLS เกิดจากสาเหตุอะไร ร้อยละ 40-60 อาจจะเป็นเอง (primary RLS)
2. โรคทางกายหลายชนิดมีอาการ RLS ร่วมด้วย (secondary RLS) ได้แก่ การขาดธาตุเหล็ก ไตล้มเหลว และกำลังรับการรักษาด้วย dialysis การตั้งครรภ์ peripheral neuropathy มะเร็งเม็ดเลือดขาว rheumatoid arthritis, fibromyalgia เป็นต้น
3. ธาตุเหล็กเป็นธาตุที่สำคัญในการสร้าง dopamine ถ้าสมองส่วน striatum มีธาตุเหล็กลดลงจะทำให้การจับ dopamine receptor type 2 ลดลงจนเป็นสาเหตุของ RLS

การรักษา ยาที่ใช้ในการรักษาคือ

1. Ropinirole ยานี้มีฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ ง่วง มึนงง คลื่นไส้ เหนื่อยออก
2. ยาอื่นที่ใช้รักษาได้ ได้แก่ clonazepam, carbidopa/levodopa (sinemet), pramipexole (sifrol) และ opiates (oxycodone)
3. แพทย์ทั่วไปอาจจะรักษา RLS ด้วยยา clonazepam การรักษาด้วยยาควรใช้ช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และควรให้รับประทานยาสัปดาห์ละไม่เกิน 3 วัน ควรหยุดยาเมื่อครบ 4 สัปดาห์แล้ว ถ้าหยุดไม่ได้ก็ให้ส่งไปพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป

Periodic limb movement disorder หรือ PLMD¹⁻³

พบภาวะ PLMD บ่อยในผู้สูงอายุ

อาการ ประกอบด้วย

1. ขณะที่หลับมีอาการขาเคลื่อนไหว นิ้วหัวแม่เท้าพับขึ้น (extension) ข้อเท้าข้อเข่ามักจะพับ ข้อสะโพก อาจจะพับด้วย บางทีเป็นเฉพาะที่นิ้วหัวแม่เท้าเท่านั้น บางคนมีอาการเตะหรือฟาดขาออกไป
2. อาการเคลื่อนไหวในข้อ 1 เป็นครั้งละ 0.5-10 วินาที ทำให้ผู้ป่วยตื่น บางคนก็ตื่นไม่เต็มที่ ผู้ป่วย จะไม่รู้ตัวว่าตนเองมีอาการขาเคลื่อนไหว
3. ผู้สูงอายุที่เป็น PLMD อาจจะมีอาการทุก 20-40 วินาที ร้อยละ 86 มีอาการ PLMD เกินชั่วโมงละ 5 ครั้ง อาจะพบร่วมกับ RLS
4. PLMD มักรบกวนการนอนหลับ ทำให้นอนไม่หลับ หรือตอนกลางวันมีอาการง่วงมาก
5. อาการรบกวนทั้งเจ้าตัวและคนที่นอนข้างๆ

สาเหตุ

1. ขณะนี้ยังไม่ทราบว่า PLMD เกิดจากสาเหตุอะไร
2. โรคทางกายที่มีอาการ RLS ร่วมด้วยก็อาจจะมีอาการ PLMD ร่วมด้วยได้

การรักษา

1. ยาที่ใช้รักษา PLMD จะคล้ายกับยาที่ใช้รักษา RLS
2. แพทย์ทั่วไปอาจจะรักษา PLMD ด้วยยา clonazepam การรักษาด้วยยาควรใช้ช่วงสั้นๆไม่เกิน 4 สัปดาห์ และควรให้รับประทานยาสัปดาห์ละไม่เกิน 3 วัน ควรหยุดยาเมื่อครบ 4 สัปดาห์แล้ว ถ้าหยุดไม่ได้ ก็ให้ส่งไปพบผู้เชี่ยวชาญต่อไป

เอกสารอ้างอิงสำหรับภาคผนวกที่ 4

1. Avidan AY. Motor disorders of sleep and parasomnias. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.98-136.
2. Montplaisir J, Allen RP, Walters AS, Strambi LF. Restless legs syndrome and periodic limb movements during sleep. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.839-52.
3. Poceta JS. Restless legs syndrome and nocturnal myoclonus. Poceta JS, Mitler MM, editors. Sleep disorders : diagnosis and treatment. Totowa : Humana Press ; 1998. p.75-94.
4. ศศ.นพ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ภาวะง่วงง่ายผิดปกติ. (อ้างอิง วันที่ 25 กรกฎาคม 2551) จาก URL : <http://www.vichaiyut.co.th>

ภาคผนวกที่ 5

Circadian rhythm sleep disorders และความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับอย่างอื่นในผู้สูงอายุ

Circadian rhythm sleep disorders

ผู้ป่วย Circadian rhythm sleep disorders อาจมีอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ อาการนอนหลับที่ผิดปกติเป็นแล้วเป็นอีก อาการเป็นแบบเดิมๆ (recurrent pattern) การนอนหลับที่ผิดปกติชนิดนี้เกิดจาก circadian timing system ผิดปกติ หรือ endogenous circadian rhythm ไม่สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวกับเวลาภายนอก ร่างกาย การเข้านอนและตื่นนอนจึงไม่สอดคล้องกับความต้องการของร่างกายซึ่งได้เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ จนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการนอนหลับ ทำให้นอนไม่หลับ ง่วงมาก ๆ หรือทั้ง 2 อย่าง และยังอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน

Circadian rhythm sleep disorders ประกอบด้วย กลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับเร็วขึ้น (advanced sleep phase syndrome หรือ ASPS) และกลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับช้าลง (delayed sleep phase syndrome หรือ DSPS) jet lag และการนอนหลับผิดปกติที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ^{1,2}

กลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับเร็วขึ้น (Advanced sleep phase syndrome หรือ ASPS) และกลุ่มอาการ phase ของการนอนหลับช้าลง (delayed sleep phase syndrome หรือ DSPS)

อาการ ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยนอนหลับและตื่นในเวลาที่ไม่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วย ASPS ร่างกายจะนอนหลับเร็วกว่าที่ตนเองอยากได้ ผู้ป่วย DSPS ร่างกายจะนอนหลับได้หลังเวลาที่ตนเองอยากได้
2. ถ้าให้นอนหลับตามที่ร่างกายต้องการผู้ป่วยจะนอนหลับได้ดีทั้งคุณภาพและระยะเวลาที่เหมาะสมกับวัย
3. ภาวะทั้ง 2 ชนิดทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือง่วงมากในตอนกลางวัน ถ้าทำ sleep log จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น

การรักษา ASPS

1. ใช้วิธีการดัดนาฬิกาชีวภาพใหม่ (Resetting the biological clock) ประกอบด้วย bright light therapy และ chronotherapy แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยพบกับแสงจ้าในตอนบ่ายๆ หรือในตอนเย็น โดยให้ใช้แสงที่ความเข้ม 2,500 ลักซ์ (Lux) ห่างจากตาประมาณ 1 เมตร นานอย่างน้อยที่สุด 2 ชั่วโมงในช่วงเวลาตอนเย็น หรือ 10,000 Lux นานอย่างน้อยที่สุด 30 นาที เพื่อให้ circadian rhythm ของผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ
2. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้านอนหลับเร็วขึ้น 3 ชั่วโมงทุก 2 วัน จนกระทั่งเข้านอนหลับที่เวลาปกติ แต่การรักษาวิธีนี้อาจทำให้ภาวะ macular degeneration แย่ลง และอาจไม่ได้ผลถ้าผู้ป่วยมีโรคต้อกระจก (cataract) อยู่

การรักษา DSPS ประกอบด้วย

1. การให้พบกันแสงจ้าในตอนเช้า 6-9 นาฬิกา ซึ่งจะทำให้การนอนหลับในคืนนั้นเริ่มต้นเร็วขึ้น
2. ผู้ป่วยจะต้องหลีกเลี่ยงไม่ให้พบกันแสงจ้าในตอนเย็น เพราะจะทำให้การเริ่มหลับช้าออกไป
3. ผู้ป่วยจะต้องเข้านอนช้าออกไปวันละ 3 ชั่วโมง จนกว่าจะถึงเวลาเข้านอนที่ตนเองต้องการ

Jet lag

Jet lag เกิดจาก endogenous circadian sleep-wake cycle ปรับตัวไม่เข้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกาย สาเหตุเกิดจากการมีการเดินทางไกลจนมีการเปลี่ยนแปลงใน time zone

อาการ ประกอบด้วย

1. เมื่อเดินทางถึงจุดหมายแล้วกลับมีอาการตื่น
2. เข้านอนแล้วหลับยาก หลับไปแล้วก็ไม่สามารถหลับอย่างต่อเนื่อง ง่วงในตอนกลางวันมาก ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง
3. อาจมีอาการป่วยไข้ กระเพาะอาหารและลำไส้ปั่นป่วน อารมณ์เปลี่ยนแปลง

แนวทางในการวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติจะพบว่าผู้ป่วยได้เดินทางข้ามเส้นแบ่งเขตเวลา (transmeridian jet travel อย่างน้อยที่สุด 2 time zone)
2. ผู้ป่วยมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น

การรักษา ประกอบด้วย

1. พยายามทำให้ endogenous circadian rhythm ทำงานเข้ากับ local time zone และป้องกันการนอนไม่หลับให้เร็วที่สุด
2. การป้องกันที่ควรทำในขณะที่กำลังเดินทางได้แก่การดื่มน้ำให้เพียงพอ งดดื่มกาแฟและสุรา ออกกำลังกายอยู่กับที่ในเครื่องบิน และปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับ
3. เข้าหาและหลีกเลี่ยงแสงแดดจ้าให้ถูกเวลาเพื่อเร่งให้ circadian rhythm ทำงานเข้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอก ถ้าเป็นการเดินทางไปทางตะวันออกของซีกโลก เมื่อถึงที่หมายแล้วควรหลีกเลี่ยงแสงแดดที่จ้าในตอนเช้า แนวทางนี้ควรปฏิบัติตามมากที่สุด ต่อไปถ้าทำได้ให้สัมผัสแสงแดดที่จ้าให้มากที่สุดในตอนบ่าย
4. ถ้าวิธีการในข้อ 3 ไม่ได้ผลก็ให้รักษาด้วยการให้รับประทานยา zolpidem กินละ 10 มก. 3 คืนแรกที่เดินทางถึงที่หมาย

ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ (Shift - work sleep disorder)

ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดจากการทำงานเป็นกะ ผู้ป่วยมักมีอาการนอนไม่หลับ ง่วงมากๆ โดยสาเหตุเกิดจากกะเวลาที่ทำงานเหลื่อมกับเวลานอนตามปกติ

อาการ ประกอบด้วย

1. เมื่อถึงเวลานอนกลับมีอาการนอนไม่หลับ
2. ขณะทำงานมีอาการง่วงมากๆ
3. อาการเห็นได้ชัดในกะดึกและกะเช้ามืด
4. การนอนไม่หลับอาจจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคมและอาจจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในขณะทำงาน

การรักษา ประกอบด้วย

1. พยายามทำให้ circadian rhythm ปรับตัวเข้ากับเวลานอนหลับและเวลาทำงาน และพยายามทำให้นอนหลับดีและเวลาตื่นก็ตื่นตัวดี
2. ในขณะที่ทำงานกะดึก คนงานผลิตดึกควรได้พบกับแสงจ้าความเข้ม 1,200 ถึง 10,000 lux นาน 3-6 ชั่วโมง หรือให้พบกับแสงความเข้มดังกล่าวเป็นพักๆ ชั่วโมงละ 20 นาทีติดต่อกัน ก็เป็นการช่วยเร่งให้ circadian rhythm ปรับตัวเข้ากับการทำงานกะดึกได้ ควรหลีกเลี่ยงกับแสงจ้ายาอย่างน้อยที่สุด 2 ชั่วโมงก่อนเลิกงานกะดึก
3. ขณะที่เดินทางกลับบ้านในตอนเช้าให้หลีกเลี่ยงการพบกับแสงแดดจ้า
4. ไม่ควรรักษาด้วยยาที่ทำให้ง่วงเพราะไม่ได้แก้ปัญหาโดยตรง ยกเว้นว่าใช้ยา ร่วมกับการปฏิบัติตามข้อ 2 และ 3
5. แนะนำผู้ป่วย และครอบครัวให้ปรับตัว เช่น จัดงานบ้าน งานเลี้ยงดูบุตรและเลี้ยงอีกทีก็เพื่อช่วยให้คนทำงานกะดึกสามารถหลับในตอนกลางวันได้
6. ปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับเสมอ เข้ากะ 8 ชั่วโมงเดียวกัน ชดเชย 5 วันสลับกับวันพักหลายวัน จะทำให้ร่างกายฟื้นจาก sleep deprivation ถ้าเป็นกะ 12 ชั่วโมงก็ให้เข้ากะชดเชย 5 วันและพักนานกว่า 2 วัน เป็นต้น
7. หลีกเลี่ยงการเข้ากะชดเชยหลายๆ วันและพักน้อยวันเกินไป
8. ไม่เปลี่ยนกะถี่กว่าสัปดาห์ละครั้ง

ความผิดปกติเกี่ยวกับนอนหลับอย่างอื่นในผู้สูงอายุ

ปัญหาการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Dementia-related sleep problems)³

1. ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีอาการนอนไม่หลับ
2. แพทย์จะต้องวินิจฉัยแยกโรคนี้ออกจากความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า ภาวะทุโภชนาการ การใช้สุราในทางที่ผิด
3. การรักษาปัญหาการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (dementia-related sleep problems)
 - 3.1 ยา short acting benzodiazepine เป็นยาลำดับแรกในการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้รับประทานไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานไม่เกิน 2 สัปดาห์
 - 3.2 ยาอาจจะทำให้เกิดอาการสับสนและเสี่ยงต่อการล้มได้ง่าย
 - 3.3 หากต้องใช้ยานานกว่านี้ควรส่งผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสมองเสื่อมต่อไป

นอนหลับมากเกินไป (Hypersomnia) ในผู้สูงอายุ^{4,5}

1. ภาวะนอนหลับมากเกินไป (Hypersomnia หรือ excessive sleepiness) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ความผิดปกติของการนอนหลับชนิดนี้ มักเป็นเรื้อรัง กลางคืนจะนอนนานมาก (prolonged night time sleep) นอนมากกว่าคืนละ 10 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ เป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์
2. กลางวันมีอาการง่วงมาก (Excessive daytime sleepiness) อาจส่งผลกระทบทำให้เกิดอุบัติเหตุ รบกวนคุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้
3. อาการง่วงมากตอนกลางวันทำให้ผู้ป่วยงีบหลับในตอนกลางวันหลายครั้ง แม้ได้งีบก็ไม่ทำให้สดชื่นขึ้น

4. ถ้าได้นอนเป็นเวลานานจะตื่นยาก ตื่นขึ้นมาแล้วอาจจะมีอาการสับสน
5. ผู้ป่วยอาจมีอาการอย่างอื่นเช่นวิตกกังวล หงุดหงิด เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ไม่เจริญอาหาร ประสาทหลอน ความจำไม่ดี

สาเหตุของภาวะนอนหลับมากเกินไปได้แก่

1. ความผิดปกติของการนอนหลับชนิดปฐมภูมิ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะเป็น idiopathic hypersomnia ผู้ป่วยแม้ว่าจะนอนหลับคืนละ 10 ชั่วโมงหรือมากกว่า โดยที่ไม่มีการตื่นกลางดึกหรือมีบ้างก็ตามก็ยังมีอาการง่วงนอนมากในตอนกลางวัน อาการง่วงในตอนกลางวันจะรุนแรง แม้ว่าจะได้งีบในตอนกลางวันนานๆ ก็ไม่ทำให้สดชื่นขึ้น สาเหตุของภาวะนี้ยังไม่เป็นที่ทราบกัน

2. Obstructive sleep apnea (OSA)

3. Restless leg syndrome (RLS)

4. ความผิดปกติของการนอนหลับชนิดทุติยภูมิ เช่น

4.1 โรคทางกาย (Medical problem) เช่น เนื้องอกในสมอง อุบัติเหตุต่อสมอง multiple sclerosis สมองอักเสบ โรคลมบ้าหมู อ้วน chronic fatigue syndrome, uremia, infectious mononucleosis

4.2 ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น ความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า

4.3 กำลังใช้ยาหลายๆ ชนิด (Polypharmacy)

4.4 ปัจจัยทางจิตสังคม

4.5 การใช้สุราหรือสารอื่นในทางที่ผิด

5. Narcolepsy

การรักษาภาวะนอนหลับมากเกินไป เป็นการรักษาตามสาเหตุ ได้แก่

1. ผู้ป่วยนอนหลับมากเกินไปชนิดปฐมภูมิ การรักษาเป็นการให้รับประทานยา amphetamine, methyphenidate, และ modafinil แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป

2. ผู้ป่วยนอนหลับมากเกินไปชนิดทุติยภูมิ การรักษาประกอบด้วยการรักษาโรคทางกายและโรคทางจิต หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายๆ ชนิด แก้ไขปัญหาทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง

3. แนะนำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามสุขอนามัยของการนอนหลับ หลีกเลี่ยงการทำงานดึก การเข้าสังคมดึกๆ หลีกเลี่ยงการใช้สุราและกาเฟ

Parasomnias หมายถึงมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ต้องการ เป็นพฤติกรรมที่ไม่ดีที่เป็นในขณะที่นอนหลับเท่านั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการนอนหลับไม่ราบเรียบ ถูกขัด (disrupted sleep) ทำให้ตื่นขึ้นมาแต่ก็ตื่นไม่เต็มที่ และตื่นตรงรอยต่อระหว่างระยะตื่นกับระยะ NREM หรือรอยต่อระหว่างระยะตื่นกับ REM ตื่นแล้วมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ความผิดปกติ parasomnia จึงมี 2 ชนิดคือ NREM parasomnia และ REM parasomnia^{6,7}

NREM parasomnias เป็นการตื่นที่ผิดปกติ ตื่นตรงรอยต่อระหว่างระยะตื่นกับระยะการนอนหลับแบบ NREM ตื่นแล้วแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ

อาการ ประกอบด้วย

1. ตื่นในขณะที่กำลังหลับอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ของการนอนหลับระยะ NREM หรือกำลังหลับอยู่ในช่วงรอยต่อระหว่างการนอนหลับ-ตื่น

2. ขณะนั้นมีการกระตุ้นกระบวนการทางสรีรวิทยาขึ้นมา ได้แก่ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบการเคลื่อนไหวและกระบวนการการคิดการอ่าน (cognitive process)

3. พบ NREM parasomnia ในเด็ก เมื่ออายุมากขึ้นจะค่อยๆ น้อยลง ปัจจุบันนี้ได้แก่ สุรา การอดนอน การมีกิจกรรมทางกาย ความเครียดทางอารมณ์อาจจะกระตุ้นให้เกิด NREM parasomnia

4. อาการของ NREM parasomnia ได้แก่ confusional arousals, somnambulism และ night terrors

การรักษา ประกอบด้วย

1. การ reassure ว่าความผิดปกติชนิดนี้หายเองได้
2. ถ้าพฤติกรรมมีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือคนอื่นหรือต่อทรัพย์สิน ก็ให้รักษาด้วยยา รักษาอารมณ์เศร้าชนิด tricyclic หรือยา benzodiazepine
3. กรณีมีพฤติกรรมที่รุนแรงมากๆ หรือกระทบต่อคนในบ้านหรือทำให้เกิดอาการง่วงมากๆ ในตอนกลางวัน เช่นนี้ให้ส่งผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญ

REM Parasomnias เป็นการตื่นที่ผิดปกติ ตื่นตรงรอยต่อระหว่างระยะตื่นกับระยะการนอนหลับแบบ REM ตื่นแล้วแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติ บางที่เรียกว่า REM sleep behavior disorder (RBD)

อาการ ประกอบด้วย

1. ขณะหลับระยะ REM กล้ามเนื้อจะไม่ atonia ทำให้ผู้ป่วยทำตาม (act out) ความฝัน
2. ทำให้เกิดอุบัติเหตุ พลิกซ้าย เป็นแผลกับตนเองหรือผู้อื่น ผู้ป่วยอาจจะป้องกันตนเองด้วยการผูกตนเองกับเตียง ใช้หมอนเป็นอาวุธ หรือนอนบนฟูกในห้องว่างๆ ผู้ป่วยร้อยละ 90 เป็นผู้ชาย อายุมากกว่า 50 ปี
3. ผู้ป่วย RBD ชนิดเฉียบพลันมักเกิดจากฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยารักษาอารมณ์เศร้า ผู้ป่วย RBD ชนิดเรื้อรังมักเป็นชนิด idiopathic มักเกิดร่วมกับโรคทางระบบประสาทหลายชนิด เช่น neurodegenerative disorder ได้แก่โรคของ Parkinson, multiple system atrophy (MSA) สมองเสื่อม (dementia) และโรค narcolepsy ผู้ป่วยมักเป็น dementia ก่อนที่จะมีอาการ RBD เรื้อรังก่อนนับ 10 ปี

การรักษา

ความผิดปกติชนิดนี้รักษาด้วยยา clonazepam ยานี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับโรคนี้ ประสิทธิภาพประมาณร้อยละ 90 complete benefit ประมาณร้อยละ 79 ยานี้มีโอกาสดทนนยาน้อย ผู้ป่วยมักจะเริ่มดีขึ้นภายในสัปดาห์แรกหรือคืนแรกที่ใช้ยาเลยก็มี

เอกสารอ้างอิงสำหรับภาคผนวกที่ 5

1. Lu BS, Manthena P, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.137-64.
2. Reid KJ, Zee PC. Circadian disorders of the sleep-wake cycle. In : Kryger MH , Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.691-701.
3. Petit D, Monplaisir, Boeve BF. Alzheimer's disease and other dementias. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.853-62.
4. Hoban TF, Chervin RD. Hypersomnia and narcolepsy. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.70-97.
5. ศศ.นพ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ภาวะง่วงง่ายผิดปกติ. (อ้างอิง วันที่ 25 กรกฎาคม 2551) จาก URL : <http://www.vichaiyut.co.th>
6. Avidan AY. Motor disorders of sleep and parasomnias. In : Avidan AY, Zee PC, editors. Handbook of sleep medicine. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.98-136.
7. Mahowald MW. Parasomnias. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC. editors. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia : Elsevier Inc ; 2005. p.889-968.

ภาคผนวกที่ 6

เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตชนิดต่างๆ ที่อาจจะมีอาการนอนหลับผิดปกติร่วมด้วย

1. เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการปรับตัวตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual - IV- TR (DSM-IV-TR) ประกอบด้วย¹

1. มีอาการทางอารมณ์หรือมีอาการทางพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองความเครียดที่ผู้ป่วยทราบอาการเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน นับแต่ความเครียดนั้นเริ่มเกิดขึ้น
2. อาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีนัยสำคัญทางคลินิก สังเกตได้จาก
 - 2.1 ทำให้ทุกข์หรือทรมานอย่างเห็นได้ชัดและทุกข์มากเกินไปกว่าที่คนทั่วไปคาดหวังว่าจะเกิดขึ้น ถ้าพิจารณาตามเนื้อหาของความเครียดนั้น
 - 2.2 ส่งผลกระทบทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมหรือทางอาชีพ (การเรียน) บกพร่องอย่างมีนัยสำคัญ
3. อาการหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติชนิดอื่นๆ ใน axis 1 และจะต้องไม่ใช่ว่าเป็นเพียงความผิดปกติในเกณฑ์ที่ 1 และเกณฑ์ที่ 2 ที่เป็นอย่างก่อนแล้วมีอาการรุนแรงขึ้น
4. ต้องไม่ใช่ bereavement
5. เมื่อความเครียดหรือผลพวงของความเครียดหายไปหรือหมดไปแล้ว อาการทางจิตหรือพฤติกรรมจะต้องหายด้วย ถ้ายังมีอาการอาการจะอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน นับจากความเครียดหายไป

2. เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติชนิดวิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย²

1. วิตกกังวลอย่างมาก เครียด หวาดหวั่น เป็นความกังวลในหลายเรื่อง เช่น งาน การเรียน เป็นต้น เป็นบ่อย จำนวนวันที่มีอาการจะมากกว่าจำนวนวันที่ไม่มีอาการ ระยะที่ไม่สบายนานอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน
2. ควบคุมความวิตกกังวลได้ยากมาก
3. ความวิตกกังวลเกิดร่วมกับอาการ 3 ข้อหรือมากกว่า 3 ข้อก็ได้ จากอาการ 6 ข้อต่อไปนี้
 - 3.1 กระสับกระส่าย หรือรู้สึกวุ่นวาย นิ่งไม่คิด
 - 3.2 อ่อนเพลียง่าย
 - 3.3 สมาธิไม่ดีหรือรู้สึกวุ่นวายที่คิดอะไรไม่ออก
 - 3.4 หงุดหงิด
 - 3.5 กล้ามเนื้อตึงเครียด
 - 3.6 นอนหลับผิดปกติ เช่น เข้านอนแล้วหลับยาก หลับแล้วไม่สามารถหลับต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ หรือกระสับกระส่าย หลับแล้วรู้สึกไม่เต็มอิ่ม
4. อาการวิตกกังวลจะต้องไม่ใช่ส่วนหนึ่งของความผิดปกติในเกณฑ์ 1 เช่น เป็นความกังวลว่าจะเกิด panic attack อีกหรือไม่ กังวลว่าจะเกิดอาการอึดอัดถ้าต้องอยู่ต่อหน้าคนอื่น
5. อาการวิตกกังวลหรืออาการทางกายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทำให้เกิดความรู้สึกทรมานหรือส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพหรือการทำหน้าที่ด้านอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

6. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร (ยาเสพติด ยาทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย (hyperthyroidism) และอาการไม่ได้เกิดขึ้นในขณะที่เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ความผิดปกติชนิดโรคจิต หรือ pervasive developmental disorder เท่านั้น

3. เกณฑ์การวินิจฉัย Major depressive episode ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย³

1. ในรอบ 2 สัปดาห์เดียวกัน ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ 5 ข้อหรือมากกว่า 5 ข้อ อาการที่เกิดขึ้นจะต้องทำให้การทำงานที่ด้านต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนหน้า อาการ 5 ข้อหรือมากกว่าที่กล่าวถึงนี้จะต้องมีข้อใดข้อหนึ่งเป็นอาการในข้อที่ 1.1 (ซึ่งหมายถึงอารมณ์เศร้า) หรือข้อที่ 1.2 (ซึ่งหมายถึงไม่สนใจใยดีกับเรื่องหรือสิ่งต่างๆ หรือไม่รู้รู้สึกสนุกสนาน) ข้อสังเกตคือจะต้องไม่นับรวมอาการต่างๆ ที่แน่ใจว่าเกิดจากโรคทางกาย หรือเกิดจาก mood - incongruent delusion หรือ mood - incongruent hallucination

- 1.1 อารมณ์เศร้าเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน เศร้าเกือบทุกวัน อาการเศร้านี้ผู้ป่วยอาจจะเป็นผู้บอกแพทย์ เช่นบอกแพทย์ว่าเศร้าหรือรู้สึกว่างเปล่า หรือเป็นอาการที่ผู้อื่นสังเกตพบและบอกให้แพทย์ทราบก็ได้ เช่นญาติบอกแพทย์ว่าสังเกตพบว่าผู้ป่วยร้องไห้บ่อยมาก
- 1.2 ความสนใจใยดีหรือความรู้สึกสนุกสนานในสิ่งต่างๆ หรือเรื่องราวต่างๆ ทุกสิ่งทุกอย่างหรือเกือบทุกสิ่งทุกอย่างลดน้อยลงไปอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยเป็นผู้บอกอาการนี้หรือคนอื่นสังเกตพบและบอกแพทย์ก็ได้
- 1.3 น้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งที่ไม่ได้กำลังอดอาหารหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมร้อยละ 5 ภายในรอบ 1 เดือน) หรือการเจริญอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเป็นเกือบทุกวัน
- 1.4 นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเป็นเกือบทุกวัน
- 1.5 ทั้งกายและใจพลุ่งพล่านกระวนกระวายหรือเชื่องช้าเป็นเกือบทุกวัน (คนอื่นสังเกตได้ด้วย ไม่ใช่เป็นเพียงผู้ป่วยรู้สึกว่กระสับกระส่ายหรือรู้สึกว่ช้าเท่านั้น)
- 1.6 อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลังเป็นเกือบทุกวัน
- 1.7 รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าหรือรู้สึกว่ตนเองมีความผิดอย่างมากๆ หรือไม่เหมาะสม (อาจจะถึงขั้นหลงผิด) เป็นเกือบทุกวัน (ไม่ใช่เป็นเพียงความรู้สึกตำหนิตนเองหรือรู้สึกผิดที่ตนเองป่วยเท่านั้น)
- 1.8 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้ เป็นเกือบทุกวัน (เป็นได้ทั้งผู้ป่วยรู้สึกและบอกแพทย์หรือคนอื่นสังเกตพบ)
- 1.9 มีความคิดเกี่ยวกับความตาย (ไม่ใช่เพียงกลัวว่กำลังจะตาย) เป็นแล้วเป็นอีก (recurrent) หรือมีการคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย คิดแล้วคิดอีกแต่ยังไม่มีแผนการเป็นการเฉพาะเกิดขึ้น หรือมีการพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นครั้งหนึ่งแล้วหรือมีแผนการเป็นการเฉพาะแล้วว่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. อาการที่เกิดขึ้นจะต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัย mixed episode

3. อาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก หรือทำให้การทำงานที่ต่อไปนี้บกพร่อง (impaired) การทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพ หรือการทำงานที่ด้านอื่นๆ

4. อาการที่เกิดขึ้นจะต้องไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร (ยาที่ใช้ในทางที่ผิด ยาทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5. ไม่สามารถอธิบายได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากความรู้สึกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก (bereavement) อาการเศร้าจากการสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักแต่ควรวินิจฉัยเป็น major depressive episode ถ้าหลังจากที่คนที่ตนเองรักตายไป อาการเศร้าเป็นนานเกิน 2 เดือน อาการเศร้าได้ส่งผลกระทบทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ บกพร่อง มีอาการหมกมุ่นอย่างมากๆ กับความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า มีการคิดที่จะฆ่าตัวตาย มีอาการของโรคจิต หรือมีอาการ psychomotor retardation

4. เกณฑ์การวินิจฉัย Brief psychotic disorder ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย⁴

1. มีอาการต่อไปนี้หนึ่งข้อหรือมากกว่า
 - 1.1 หลงผิด
 - 1.2 ประสาทหลอน
 - 1.3 คำพูดสับสนไม่เป็นระเบียบ (Disorganized speech) เช่น พูดออกนอกเรื่องไปเรื่อยๆ (derailment) หรือ incoherence
 - 1.4 พฤติกรรมสับสนไม่มีระเบียบ (Grossly disorganized behavior) หรือพฤติกรรมแบบ catatonia ไม่นับอาการที่วัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้นยอมรับ
2. ระยะเวลาที่มีอาการอย่างน้อยที่สุดนาน 1 วัน แต่ต้องน้อยกว่า 1 เดือน เมื่อหายแล้วต้องกลับไปสู่ความสามารถเดิมๆ ก่อนหน้าป่วย
3. ถ้าจะอธิบายว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย ความผิดปกติชนิด schizoaffective หรือจิตเภท การอธิบายจะทำได้ไม่ดีกว่าการอธิบายว่าเกิดจาก brief psychotic disorder และอาการต้องไม่ได้เกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร (สารที่ใช้ในทางที่ผิด ยาทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย

5. เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติชนิดจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย⁴

1. ในรอบ 1 เดือนจะต้องมีอาการต่อไปนี้ 2 อาการหรือมากกว่า อาการจะต้องกินเวลามากอย่างมีนัยสำคัญภายในรอบเดือนนั้น (อาจจะน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าการรักษาประสบความสำเร็จมาก) อาการที่เกิดขึ้นได้แก่
 - 1.1 หลงผิด
 - 1.2 ประสาทหลอน
 - 1.3 คำพูดสับสนไม่เป็นระเบียบ (Disorganized speech) เป็นบ่อยๆ เช่น พูดออกนอกเรื่อง (derailment) หรือ incoherence
 - 1.4 พฤติกรรมสับสนไม่มีระเบียบ (Grossly disorganized behavior) หรือพฤติกรรมแบบ catatonia
 - 1.5 มีอาการทางลบ (Negative symptom) เช่น สีหน้า flat, alogia, avolitionอาการหลงผิดเพียงข้อเดียวก็ถือว่าผ่านเกณฑ์ถ้าอาการหลงผิดวิถิตารมากหรืออาการประสาทหลอนข้อเดียวก็ถือว่าผ่านเกณฑ์ถ้าประสาทหลอนเป็นเสียงพูดคอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือเป็นเสียงพูดของคน 2 คนหรือมากกว่ากำลังสนทนากัน

2. การทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพบกพร่อง ตั้งแต่เริ่มมีอาการ การทำหน้าที่สำคัญๆ ด้านใดด้านหนึ่งบกพร่องเช่นอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลตนเองต่ำกว่าก่อนหน้าป่วย

3. ระยะเวลาที่ป่วย อาการผิดปกติเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ช่วง 6 เดือนที่วุ่นวายต้องมีช่วงอย่างน้อยที่สุดนาน 1 เดือนที่มีอาการตามข้อที่ 1 (อาจจะน้อยกว่านี้ถ้ารักษาแล้วได้ผลดีมาก) ช่วง 1 เดือนนี้เรียกว่า active phase ช่วงอื่นที่เป็นส่วนประกอบได้แก่ช่วงล่วงหน้าโรค (prodrome) หรือช่วงอาการหลงเหลือ (residual)

4. อาการต้องไม่เกิดจาก schizoaffective disorder ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดมีอาการโรคจิตร่วมด้วย

5. อาการต้องไม่เกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสาร (สารที่ใช้ในทางที่ผิด ยาทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย

6. ถ้ามีประวัติว่าเคยเป็น pervasive developmental disorder มาก่อน และจะวินิจฉัยความผิดปกติชนิดจิตเภทเพิ่มเติม ผู้ป่วยจะต้องมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเพิ่มขึ้นนานอย่างน้อยที่สุด 1 เดือน (อาจจะน้อยกว่านี้ได้ถ้าการรักษาได้ผลดี)

6. เกณฑ์การวินิจฉัย Delirium ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย

1. ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ เช่นการตระหนักในสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่สามารถให้ความสนใจคงความสนใจไว้ หรือไม่สามารถเปลี่ยนความสนใจ

2. Cognition เปลี่ยนแปลง (เช่น ความจำบกพร่อง disorientation ความสามารถด้านภาษาบกพร่อง) หรือมีอาการรับรู้สัมผัสผิดปกติ และต้องไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่เป็นอยู่ก่อนแล้วหรือกำลังก่อตัว

3. อาการเกิดขึ้นภายในเวลาสั้นๆ (มักจะเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน) และในแต่ละวันอาการมักจะขึ้นๆ ลงๆ

4. มีประวัติ หรือการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ชี้ว่าอาการไม่สบายข้างต้นเกิดจากผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของโรคทางกาย หรือเกิดจากยาทางการแพทย์ พิษของสาร หรือเกิดในขณะถอนการใช้สาร

7. เกณฑ์การวินิจฉัย Dementia ตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR ประกอบด้วย

1. มีอาการ cognition บกพร่อง 2 ข้อ ดังนี้

1.1 ความจำบกพร่อง (ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวใหม่ๆ บกพร่องหรือความสามารถในการนึกเรื่องราวที่ได้เคยเรียนรู้ไปแล้วบกพร่อง)

1.2 มี cognition ต่ำไปนี้บกพร่อง 1 อย่างหรือมากกว่า

1.2.1 Aphasia (ความสามารถทางภาษาบกพร่อง)

1.2.2 Apraxia (ไม่สามารถทำ motor activity ทั้งที่ motor function ปกติ)

1.2.3 Agnosia (ไม่สามารถ recognize หรือ identify สิ่งของทั้งที่ sensory function เป็นปกติ)

1.2.4 ความสามารถในการบริหารจัดการบกพร่อง (เช่น วางแผน จัดระเบียบ เรียงลำดับ สร้างกรอบแนวคิดเชิงนามธรรม)

2. Cognition ที่บกพร่องในข้อที่ 1.1 และ 1.2 ต่างส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านสังคม อาชีพบกพร่อง และเป็นการทำหน้าที่ได้น้อยลงไปจากความสามารถก่อนหน้านี้อย่างมีนัยสำคัญ

3. ชนิดต่างๆ ของ dementia

3.1 Dementia ชนิด Alzheimer การดำเนินโรคสมองเสื่อมจะช้าๆ ความสามารถทาง cognition จะค่อยๆ เสื่อมลง

3.2 Dementia ชนิด vascular จะตรวจพบอาการทางประสาทวิทยาเฉพาะแห่งร่วมด้วย

3.3 Dementia ที่เกิดจากโรคทางกายอื่นๆ ก็จะมีพบประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการเป็นโรคทางกายจนส่งผลให้เป็น dementia ชนิดนั้นๆ เช่น พบการติดเชื้อ HIV อุบัติเหตุต่อสมอง เป็นต้น

3.4 Dementia ที่เกิดจากสารก็จะพบประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนว่าภาวะ dementia เกิดจากพิษหรือเกิดจากการถอนสาร

4. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นเฉพาะในขณะที่เป็น delirium

เอกสารอ้างอิงสำหรับภาคผนวกที่ 6

1. American Psychiatric Association. Adjustment disorders. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association; 2000. p.679-84.
2. American Psychiatric Association. Anxiety disorders. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association; 2000. p.429-84.
3. American Psychiatric Association. Mood disorders. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association; 2000. p.345-428.
4. American Psychiatric Association. Schizophrenia and other psychotic disorders. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association; 2000. p.297-344.
5. American Psychiatric Association . Delirium, dementia ,and amnestic and other cognitive disorders. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision. Washington, DC : American Psychiatric Association; 2000. p.135-80.

ภาคผนวกที่ 7

บันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep log หรือ sleep diary) อย่างง่าย

ตารางที่ 6 บันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep log หรือ sleep diary) อย่างง่าย

เดือน..... พ.ศ.....

คำแนะนำ

1. เขียนว่าวันที่บันทึกการนอนหลับเป็นวันที่อะไร วันอะไร เป็นวันทำงาน วันเรียนหนังสือ วันหยุด หรือวันพักร้อน
2. เขียนตัวหนังสือ ก เพื่อแสดงว่าดื่มกาแฟ น้ำชา น้ำอัดลม ตรงช่องเวลาที่ดื่ม เขียน ข เพื่อแสดงว่ารับประทานยาตรงช่องเวลาที่รับประทาน เขียน ส เพื่อแสดงว่าดื่มสุรา ตรงช่องเวลาที่ดื่ม เขียน อ เพื่อแสดงว่าออกกำลังกายตรงช่องเวลาที่ออกกำลังกาย
3. จี๊ดเส้นตรงดิ่งเพื่อแสดงว่าเริ่มเข้านอน ไม่ว่าจะในช่วงกลางวันหรือช่วงกลางคืน
4. แรเงาช่องสี่เหลี่ยมเริ่มเวลาตั้งแต่ที่เข้าใจว่าหลับ แรเงาไปจนถึงเวลาที่ตื่น
5. ปลอ่ยช่องให้ว่างเปล่าเพื่อแสดงว่าตื่น ไม่ว่าจะในช่วงกลางวันหรือกลางคืน

ตัวอย่าง

1	วันที่	วัน	วันทำงานหรือวันหยุด	ก	13.00 น.	14.00 น.	15.00 น.	16.00 น.	17.00 น.	18.00 น.	19.00 น.	20.00 น.	21.00 น.	22.00 น.	23.00 น.	24.00 น.	01.00 น.	02.00 น.	03.00 น.	04.00 น.	05.00 น.	06.00 น.	07.00 น.	08.00 น.	09.00 น.	10.00 น.	11.00 น.
	จันทร์																					ย					
	ทำงาน																										
	ก																										

คำอธิบายตัวอย่าง

วันที่ 1 เป็นวันจันทร์ เป็นวันทำงาน ดื่มกาแฟตอนเที่ยง เริ่มไปงีบประมาณ 14.45 น. เริ่มหลับตั้งแต่เวลา 15.00 น. งีบนาน 1 ชั่วโมง เริ่มเข้านอนเวลาประมาณ 21.45 น. เริ่มหลับตั้งแต่เวลา 22.00 น. ตื่นกลางดึกเวลา 24.00 น. ตื่นนาน 1 ชั่วโมง เริ่มหลับอีกครั้งเวลา 01.00 น.จนถึงเวลา 06.00 น.ก็ตื่น ประมาณ 06.30 น. รับประทานยา แพทย์สามารถขอให้ผู้บันทึกเพิ่มเติมรายละเอียดได้เช่นให้บันทึกว่า นอนหลับสนิทหรือไม่ อะไรทำให้ตื่นกลางดึก ตื่นนอนเช้ารู้สึกสดชื่นหรือไม่ เวลาที่ลุกออกจากเตียงนอน ประสิทธิภาพในการทำงานเป็นอย่างไร เป็นต้น

ภาคผนวกที่ 8

สถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ

รายชื่อสถาบันที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่

1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6. โรงพยาบาลมนารมย์ กรุงเทพฯ
7. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพฯ

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 341/2551

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ เพื่อการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดังกล่าว กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุจึงได้ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีโรคเกี่ยวกับการนอนหลับสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยด้านนี้ให้มีคุณภาพและเหมาะสม

ในโอกาสนี้ เพื่อให้การดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีความครอบคลุมแบบครบองค์รวม ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแล รักษา และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ ดังรายนามต่อไปนี้

1. ศ.น.พ.ประเสริฐ บุญเกิด	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
2. ศ.น.พ.สุชาติ พหลภักย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ประธานคณะกรรมการ
3. ศ.น.พ.พิเชฐ อุดมรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะกรรมการ
4. พ.ญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะกรรมการ
5. รศ.น.พ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะกรรมการ
6. ผศ.พ.ญ.รวีวรรณ นิเวศพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะกรรมการ
7. รศ.พ.ญ.วรพรรณ เสนาณรงค์	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	คณะกรรมการ
8. น.พ.สุรัชย์ เกื้อศิริกุล	โรงพยาบาลมนารมย์	คณะกรรมการ
9. พ.ญ.เบญจมาศ อินทร โกลา	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	คณะกรรมการ
10. ผู้แทนราชวิทยาลัยจิตแพทย์	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
11. น.พ.โยธิน ชินวรัญช์	สมาคมประสาทวิทยา	คณะกรรมการ
12. น.พ.อนนท์ บริณายกานนท์	โรงพยาบาลราชวิถี	คณะกรรมการ
13. น.พ.ธนศ เดิมกลิ่นจันทร์	สถาบันประสาทวิทยา	คณะกรรมการ
14. พ.ญ.กัลยา ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก	คณะกรรมการ
15. ผู้แทนกรมสุขภาพจิต	กรมสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
16. น.พ.ธานินทร์ สนธิรักษ์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะกรรมการ
17. น.พ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะกรรมการ
18. นางจันทนงค์ อินทร์สุข	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	คณะกรรมการ
19. นางสาวจิตนภา วาณิชวโรดม	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะกรรมการและเลขานุการ
20. นางสาวภัทรชนัน หวังผล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	คณะกรรมการและเลขานุการ

โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลทางวิชาการและจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำกรอบแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ
2. กำหนดและจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ
3. เผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับในสถานบริการสุขภาพ
4. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2551

(ลงชื่อ)

จักรธรรม ธรรมศักดิ์

(นายจักรธรรม ธรรมศักดิ์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวจิตนภา วาณิชวโรตม์)

นพรัตน์ / คัด

รายชื่อผู้เข้าร่วมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการ ดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ

วันที่ 22 สิงหาคม 2551
ณ โรงแรมแม่น้ำ กรุงเทพมหานคร

● กรรมการแพทย์

1. น.พ.วิวัฒน์ วิรัชกิจจา	รองอธิบดี	กรรมการแพทย์
2. น.พ.วินัย ศรีสะอาด	นายแพทย์ 8	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. น.พ.อนนท์ บริณายกานนท์	นายแพทย์ 9	โรงพยาบาลราชวิถี
4. น.พ.ธเนศ เดิมกลิ่นจันทร์	นายแพทย์ 5	สถาบันประสาทวิทยา
5. พ.ญ.กัลยา ปัญจพรผล	นายแพทย์ 8	สถาบันโรคทรวงอก
6. นางสาวจิตนภา วาณิชโรตม์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
7. นางสาวกมลลาศ ทองมีสิทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
8. นางสาวภัทรชนันต์ หวังผล	นักวิชาการสาธารณสุข 6	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
9. พ.ญ.อริยา เลิศชวนะกุล	นายแพทย์ 9	โรงพยาบาลราชวิถี
10. พ.ญ.ไวยวรรณ ธนะมัย	นายแพทย์ 9	โรงพยาบาลเกิดสิน
11. นางวีระวรรณ รัตนอุดมรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	กรรมการแพทย์
12. น.พ.อังกูร ภัทรากกร	นายแพทย์ 8	สถาบันชันสูตรรักษ์
13. นางนฤมล พัฒนธรรม	พยาบาลวิชาชีพ 8	สถาบันประสาทวิทยา
14. นางสาวสาลีณี ไทยวัช	พยาบาลวิชาชีพ 7	สถาบันประสาทวิทยา
15. นางพัชรี ตั้งวิบูลย์ชัย	พยาบาลวิชาชีพ	สถาบันโรคผิวหนัง
16. นางสาวพิมพ์ใจ สุวรรณพุกษ์	พยาบาลวิชาชีพ 8	ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ
17. น.พ.ศุภรัตน์ วังทองคำ	นายแพทย์ 8	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

● กรุงเทพมหานคร

18. พ.ญ.อิสริย์ อิจฉริยโสภณ	นายแพทย์ 4	ศูนย์บริการสาธารณสุข 65 รักษาสุข (บางบอน)
19. นางสาวฝน เลิศวาสนา	พยาบาลวิชาชีพ 7	ศูนย์บริการสาธารณสุข 65 รักษาสุข (บางบอน)
20. พ.ญ.พรเลขา บรรหารสุกวาท	นายแพทย์ 5	สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1
21. ศ.น.พ.ประเสริฐ บุญเกิด	ศาสตราจารย์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
22. รศ.น.พ.จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง	รองศาสตราจารย์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
23. รศ.พ.ญ.วรรณพรณ เสนาณรงค์	รองศาสตราจารย์	โรงพยาบาลศิริราช
24. พ.ญ.เบญจมาศ อินทรโสภา	นายแพทย์	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
25. พ.ญ.บุษยมาศ บุศยารัมภ์	นายแพทย์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
26. พ.ญ.ปาริชาติ เมืองไทย	นายแพทย์ 5	โรงพยาบาลรามาธิบดี

27. พ.ญ.ประกาศิ์ จรัสกรู์	นายแพทย์	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
28. พ.ญ.สกุลรัตน์ โครนา	นายแพทย์	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
29. พ.ญ.กรองกาญจน์ แก้วรัง	นายแพทย์	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
30. น.พ.วรพงษ์ ศรีสิทธิพจน์	นายแพทย์	โรงพยาบาลขอนแก่น
31. พ.ญ.รุ่งนภา ฐาปนองกุล	นายแพทย์	โรงพยาบาลรามธิบดี
32. พ.ญ.ชนิตา หิรัญเทพ	นายแพทย์	โรงพยาบาลรามธิบดี
33. น.พ.ปัญญาชัย พรหมนุรักษ์	นายแพทย์	โรงพยาบาลรามธิบดี
34. นางอัมพร รัตนวิทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
35. นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ	พยาบาลวิชาชีพ 7	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
● จังหวัดฉะเชิงเทรา		
36. น.พ.เวทิส ประทุมศรี	นายแพทย์ 7	โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
37. นางฉัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
38. นางสาวเรณู เอี่ยมทับน้อย	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
● จังหวัดปทุมธานี		
39. น.พ.ปรีดา ตั้งจิตเมธิ์	นายแพทย์ 6	โรงพยาบาลปทุมธานี
40. นางเสริมศรี ดาวสว่าง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลปทุมธานี
41. นางสาวพุทธรักษา ศิริวัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพ 5	โรงพยาบาลประชาธิปัตย์
● จังหวัดนนทบุรี		
42. น.พ.สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์	นายแพทย์	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
43. นางยุพา สุทธิมนัส	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
44. นางสุจิตรา ฉายภมรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ 5	โรงพยาบาลบางกรวย
45. นางรัตติกร สัตถาวร	พยาบาลวิชาชีพ 6	PCU ม.สมชาย
● จังหวัดชลบุรี		
46. นางจันทนงค์ อินทรสุข	พยาบาลวิชาชีพ 7	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
47. นางสาวฉวีวรรณ จันท์บาง	เภสัชกร 3	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
48. นางสาวณพวิ ฤทธิมาก	เจ้าหน้าที่ธุรการ	ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
● จังหวัดลพบุรี		
49. นางสาวพิมพ์จัน ปิ่นสุนทร	พยาบาลวิชาชีพ 7	ศูนย์มะเร็งลพบุรี
● จังหวัดสิงห์บุรี		
50. นางวิริยา บรรจง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
51. นางอรทัย ผูกเกษร	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสิงห์บุรี

● จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

52. นายธนัทธวัฒน์ เพชรศิริ	นักวิชาการสาธารณสุข 7	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
53. นางภัสรี สงวนศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
54. นางจันทมา เปี่ยมฤกษ์	พยาบาลวิชาชีพ 8	โรงพยาบาลบางบาล
55. นางสาวสุรีย์ แสงมณี	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลบางบาล

● จังหวัดราชบุรี

56. น.พ.มีชัย ชัยรุ่งโรจน์ปัญญา	ผู้อำนวยการ	โรงพยาบาลปากท่อ
57. นางสุพัตรา ชัยรุ่งโรจน์ปัญญา	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลปากท่อ
58. นางกอบแก้ว คุณตวัช	นักจิตวิทยา 7	โรงพยาบาลราชบุรี

● จังหวัดสมุทรสาคร

59. นางเกษรวิ ละม้ายสกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
--------------------------	-----------------	---------------------

● จังหวัดเพชรบุรี

60. นางสาวลำราย บุญแก้ว	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลบ้านลาด
-------------------------	---------------	------------------

● จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

61. นางกัลยา นราพจน์วงศ์	นักจิตวิทยา 6	โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
--------------------------	---------------	--------------------------

● จังหวัดสมุทรปราการ

62. นางสมพร บุญเรือง	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลบางบ่อ
----------------------	---------------------	-----------------

● จังหวัดขอนแก่น

63. พ.ญ.วนาพร วัฒนกุล	นายแพทย์ 6	โรงพยาบาลขอนแก่น
64. นางสมหวัง จิราวัต	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลขอนแก่น

● จังหวัดอุทัยธานี

65. นางเนาวรัตน์ ดันโพธิ์ธรรม	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลลานสัก
66. นางบุษรา เพิ่มเกษตรวิทย์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	โรงพยาบาลลานสัก
67. นางชนาจิตต์ ใจการุณ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลห้วยคด
68. นางนพรดา ฝั้นคำสาย	นักจิตวิทยา 7	โรงพยาบาลอุทัยธานี



สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข