

การนอนกรน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในเด็ก

Snoring and obstructive sleep apnea in pediatric patient

สุภวรรณ เลหาศิริวงศ์, พ.บ.

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัญหาจากการอาการนอนกรน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea, OSA) ในเด็ก จะต่างกับผู้ใหญ่ ซึ่งอาจทำให้มองข้าม หรือวินิจฉัยไม่ได้⁽¹⁾ ภาวะง่วงนอนตอนกลางวันหรือหลับง่ายน้อยกว่าผู้ใหญ่ แต่จะพบในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหยุดหายใจขั้นรุนแรงได้ เด็กอาจจะมีอาการนอนดิ้นมากผิดปกติ นอนในท่าหงายหลับ หรือนอนหงายคอขึ้น นอนกรนมากกว่า 3 คืนต่อสัปดาห์ บางคนอาจมีอาการงอแง นอนตื่นไม่สดชื่นแม้ระยะเวลาการนอนจะเพียงพอตามช่วงวัยแล้ว มีอาการไม่มีสมาธิหรือซนมากผิดปกติ ควรซักประวัติปัญหาการปัสสาวะรดที่นอน สังเกตเห็นการหายใจติดขัดขณะหลับตามด้วยเสียงหายใจดังเฮือก ๆ หรือริมฝีปากเขียวคล้ำขณะหลับ⁽²⁾

การประเมิน

การตรวจร่างกาย ประเมินภาวະน้ำหนักร้อยกว่าเกณฑ์ หรืออ้วนกว่าเกณฑ์ ต่อมทอนซิลโต มี adenoid facies คางเล็ก หรือคางร่น (micrognathia, retrognathia) เพดานปากโค้งสูง (high arch palate) การเจริญเติบโตช้ากว่าเกณฑ์ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะพบความดันโลหิตสูง หรืออาการแสดงของ right sided heart failure ได้⁽²⁾

กลุ่มความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีภาวะ OSA สูงขึ้น ได้แก่

- Down's syndrome
- Neuromuscular diseases
- Craniofacial abnormalities
- Achondroplasia
- Mucopolysaccharidosis
- Prader Willi syndrome

การถ่ายภาพรังสี lateral soft tissue skull หรือ film adenoid จะช่วยให้ทราบถึงขนาดของต่อมทอนซิล และอะดีนอยด์ได้ ในปัจจุบันสามารถใช้กล้อง fiberoptic laryngoscopy ส่องตรวจผ่านช่องจมูก เพื่อประเมินขนาดของต่อมอะดีนอยด์และดูการอุดกั้นที่ด้านหลังโพรงจมูกได้^(3,4)

แม้ว่าการตรวจวิเคราะห์การนอน (polysomnography, PSG) จะเป็น gold standard ในการวินิจฉัย แต่ในประเทศไทยยังมีโรงพยาบาลที่ตรวจได้จำกัด แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเองก็พบว่ามียุคเด็กน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ได้ตรวจ PSG ก่อนผ่าตัด adenotonsillectomy ในกรณีที่ตรวจ PSG ไม่ได้ อาจเลือกใช้วิธีการตรวจวินิจฉัยอย่างอื่น เช่น nocturnal video recording และ overnight pulse oximetry⁽⁵⁾ มีการศึกษาในต่างประเทศที่นำการตรวจวิเคราะห์การนอนแบบเครื่องพกพา (ambulatory polysomnography) ซึ่งใช้ตรวจได้ดีในผู้ใหญ่ มาใช้ตรวจในเด็ก ได้ผลดีในเด็ก 8-11 ปี อีกรายงานตรวจในเด็ก 5-12 ปี แต่ได้ผลไม่แม่นยำในเด็กอายุ 3-6 ปี จึงยังต้องการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไปว่าการตรวจชนิดนี้ ได้ผลดีเพียงใด

การรักษา

การรักษาเด็กที่มีอาการนอนกรน และมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีนอยด์โต สามารถใช้การรักษาด้วยยาก่อนได้ มีการศึกษาพบว่าต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ของผู้ป่วย OSA มี glucocorticoid และ leukotriene receptor จึงมีการนำยา intranasal corticosteroid และหรือยา monteleuklast มารักษา ซึ่งช่วยลดอาการนอนกรน และลดขนาดของอะดีนอยด์ได้ ซึ่งจะใช้ได้ผลในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง แต่จะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ หลังหยุดยาจึงควรนัดมาติดตามดูอาการ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงขนาดยา และระยะเวลาในการให้ ยา monteleuklast สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำมูกจากภูมิแพ้สมควรพิจารณาให้ non sedating histamine ร่วมกับ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนควรได้รับคำแนะนำแก่ผู้ปกครองให้ควบคุมการกินอาหาร เพื่อคุมหรือลดน้ำหนัก และออกกำลังกาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น หัวใจวาย หรือโรคเมตาบอลิก

การรักษาโดยการผ่าตัดต่อมทอนซิลและหรืออะดีนอยด์ เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในเด็กที่มีอาการนอนกรน และมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีนอยด์โต ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ เช่น pulmonary edema หรือ pulmonary hypertensive crisis และควรได้รับการเฝ้าระวังของระบบหายใจและระบบหัวใจ โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่

- อายุน้อยกว่า 3 ปี
- อ้วน (weight for height > 140%)
- มีผล PSG ก่อนผ่าตัด มีภาวะ OSA ชนิดรุนแรง (AHI>10)
- มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติจากระบบหัวใจร่วมด้วย เช่น หัวใจซีกขวาวาย ความดันโลหิตสูง
- มีประวัติเสี่ยงไม่โต
- มีประวัติติดเชื้ทางเดินหายใจใน 4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด
- มีโครงสร้างใบหน้าผิดปกติ
- มีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

- มีประวัติเกิดก่อนกำหนดที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่เดิม
- มีปัญหาทางระบบหายใจเรื้อรังอื่น ๆ

ภายหลังการผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ควรติดตามอาการเพื่อประเมินว่ายังมีภาวะ OSA หลงเหลืออยู่หรือไม่ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีภาวะ OSA หลงเหลือหรือกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะ OSA ชนิดรุนแรง อ้วน มีโครงสร้างใบหน้า ผิดปกติมีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ Down's syndrome

เอกสารอ้างอิง

1. Vaughn B, D’Cruz OF. Cardinal manifestations of sleep disorders. In: Principles and Practice of Sleep Medicine. 5th ed. 2011. p. 1341.
2. สุพิชญา จิงจิตรักษ์ และคณะ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาเด็กที่นอนกรนและมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีโนออยด์โต [Internet]. 2013. 6-12 p. Available from: www.thaipedlung.org
3. Mlynarek A, Tewfik MA, Hagr A, Manoukian JJ, Schloss MD, Tewfik TL, et al. Lateral neck radiography versus direct video rhinoscopy in assessing adenoid size. J Otolaryngol. 2004 Dec;33(6):360–5.
4. Wang D, Clement P, Kaufman L, Derde MP. Fiberoptic evaluation of the nasal and nasopharyngeal anatomy in children with snoring. J Otolaryngol. 1994 Feb;23(1):57–60.
5. อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์ และคณะ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาเด็กที่นอนกรนและมีต่อมทอนซิลและหรืออะดีโนออยด์โต [Internet]. 2013. 13-23 p. Available from: www.thaipedlung.org