

# ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พาวุฒิ เมฆวิชัย พ.บ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาผู้ป่วยและวิธีการ เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ณ คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยใช้แบบสอบถามความผิดปกติของการนอนหลับฉบับปรับปรุง แล้วนำข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน **ผลการศึกษา:** พบผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 85 ราย พบปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 54.1 โดยปัญหาการตื่นมาปัสสาวะกลางดึกพบได้บ่อยที่สุดและอาการนอนหลับไม่สนิทต้องตื่นมากกลางดึกพบรองลงมา ปัญหาการนอนหลับที่พบจากแบบสอบถามมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่ได้รับยา levodopa ขนาดสูงต่อวัน (ความเสี่ยง 3.2 เท่า, ช่วงความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ 1.23-8.29) **สรุป:** ความชุกของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยพาร์กินสันของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเท่ากับร้อยละ 54.1 ปัญหาพบได้บ่อยที่สุดคือการตื่นมาปัสสาวะกลางดึก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการได้รับยา levodopa ขนาดสูงต่อวัน

**คำสำคัญ:** ปัญหาการนอนหลับ โรคพาร์กินสัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**Abstract:** The Prevalence and the Associated Factors of Sleep-Related Problems in Patients with Parkinson's Disease at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Pawut Mekawichai, M.D.\*

\* Neurology Unit, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital,

Nakhon Ratchasima 30000

*Nakhon Ratch Med Bull 2010; 34: 169-76.*

**Objective:** To evaluate the prevalence and identify the associated factors of sleep-related problem in patient with Parkinson's disease at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Patients & Method:** A cross sectional study in Parkinson's disease patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital were done during January-December 2010. Sleep problems were assessed by using the modified Parkinson's disease sleep scales (MPDSS) questionnaires. The baseline characters and the expected associated factors were collected. All values were analyzed for identify the associated factors with sleep-related problems. **Results:** Eighty-five subjects were enrolled in the study. The prevalence of sleep-related problems was 54.1%. The most frequent sleep problem was nocturia and the second most common problem was sleep maintenance. The patients had received levodopa more than 500 mg/d were associated with sleep-related problems (adjusted odds ratio = 3.2, 95%CI 1.23-8.29). **Conclusion:** The prevalence of sleep-related problems in patient with Parkinson's disease at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital was 54.1%. Nocturia is the most frequent sleep problem. The sleep-related problems were associated with high dosage of levodopa per day.

**Key word:** Sleep-related problem, Parkinson's disease, Associated factors

## ภูมิหลัง

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้ประมาณร้อยละ 1.0 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี<sup>(1)</sup> ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีอาการผิดปกติในด้านการเคลื่อนไหว โดยจะมีอาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (rigidity) อาการสั่นในขณะพัก (resting tremor) และขาดสมดุลของการทรงตัว (postural instability)<sup>(2)</sup> นอกเหนือจากอาการผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวแล้ว ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันยังมีอาการอื่น ๆ ทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย เช่น อาการหลงลืม ภาวะซึมเศร้า ประสาทหลอน ภาวะวิตกกังวล และปัญหาเรื่องการนอนหลับ<sup>(3)</sup>

ปัญหาเรื่องการนอนหลับ พบได้บ่อยทั้งในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 46.3 ของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาการนอนหลับ<sup>(4)</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เคยทำการศึกษาในประเทศไทยจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับอย่างน้อยหนึ่งประเภทประมาณร้อยละ 56.0-97.0<sup>(5-6)</sup> และในต่างประเทศจะพบได้ร้อยละ 60.0-98.0<sup>(7-8)</sup> ปัญหาเรื่องการ

นอนหลับที่พบได้แก่อาการปวดปัสสาวะในเวลากลางคืน ปัญหาการนอนหลับได้ไม่สนิท อาการนอนกรนและปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวผิดปกติในขณะนอน<sup>(6)</sup> เป็นต้น ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคนปกติจะพบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าในคนปกติถึง 1.5-3 เท่า<sup>(7-8)</sup> อาการนอนหลับที่ผิดปกตินอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาต่อกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังทำลายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นอย่างมาก ดังนั้นหากแพทย์ผู้รักษาได้ทราบถึงความชุกของปัญหาการนอนหลับประเภทต่าง ๆ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปัญหาการนอนหลับ ก็จะสามารพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้อย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้มีขึ้นเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

## ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงระหว่างเดือน

มกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 หลังจากผู้ป่วยได้รับทราบรายละเอียดวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแล้ว ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินระยะของโรคตาม Modified Hoehn and Yahr Staging (MHYS) และ สอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา จากนั้นผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองเสื่อม จะจัดทำแบบสอบถามด้วยตนเองอีก 2 ชุด คือ แบบสอบถามความผิดปกติของการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันฉบับปรับปรุงภาษาไทย และแบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ผู้ดูแลใกล้ชิดของผู้ป่วยจะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำแบบทดสอบ 2 ชุดดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ผล โดยค่าสถิติที่ใช้อธิบายข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับใช้การวิเคราะห์ทวิปัจจัยแบบ Chi square, independent t-test หรือ Mann-Whitney U-test โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 หลังจากนั้นนำปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมดมาวิเคราะห์พหุปัจจัยโดยวิธี stepwise เพื่อควบคุมตัวแปรกวน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความผิดปกติของการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันฉบับปรับปรุงภาษาไทยจำนวน 19 ข้อ (Modified Parkinson's Disease Sleep Scale; MPDSS)<sup>(5)</sup> การให้น้ำหนักในคำถามแต่ละข้อใช้วิธี visual analog scale<sup>(1-10)</sup> โดยคะแนนที่ต่ำกว่า 6 ในแต่ละข้อแสดงถึงปัญหาการนอนหลับในประเภทนั้น ๆ<sup>(9)</sup>

2. แบบสอบถามอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scales; TGDS) แบบสอบถาม

นี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 โดยคะแนนที่มากกว่า 12 คะแนนแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า<sup>(10)</sup>

3. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai minimal state exams; TMSE) เป็นแบบทดสอบสำหรับประเมินภาวะสมองเสื่อม<sup>(11)</sup> แบบทดสอบนี้มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยคะแนนที่ต่ำกว่า 24 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม<sup>(12)</sup>

### ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยพาร์กินสันในช่วงเวลาดังกล่าวจำนวน 105 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาและตอบแบบสอบถามได้ครบเป็นจำนวน 85 ราย (ร้อยละ 80.1) เป็นเพศชาย 43 ราย (ร้อยละ 50.6) อายุเฉลี่ย  $64.2 \pm 9.9$  ปี ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการโรคพาร์กินสัน  $3.7 \pm 2.6$  ปี (มัธยฐาน 3.5 ปี) ระยะเฉลี่ยการดำเนินโรคพาร์กินสันตาม MHYS  $2.3 \pm 0.9$  ปี ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.0) ได้รับการรักษาด้วยยา levodopa โดยเฉลี่ยได้รับวันละ  $520.3 \pm 275.6$  มิลลิกรัม (มัธยฐาน 500 มิลลิกรัมต่อวัน) ผู้ป่วย 43 ราย (ร้อยละ 50.6) ได้รับยากลุ่ม dopamine agonist นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้ยาช่วยนอนหลับร่วมด้วย 16 ราย (ร้อยละ 21.7) พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านการเคลื่อนไหว (motor complication) จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 22.6) ส่วนปัญหาอื่น ๆ นอกจากการเคลื่อนไหว (non-motor symptoms) ที่พบได้แก่ ภาวะซึมเศร้าจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 40.0) และ ภาวะสมองเสื่อมจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 44.6) ดังตารางที่ 1

จากผลการตอบแบบสอบถามความผิดปกติของการนอนหลับฉบับปรับปรุง พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับอย่างน้อยหนึ่งข้อ 46 ราย (ร้อยละ 54.1) ปัญหาการนอนหลับที่พบได้มากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการตื่นมาปัสสาวะในเวลากลางคืน (nocturia) 22 ราย (ร้อยละ 25.9) อาการนอนหลับไม่สนิท ต้องตื่นมาในเวลากลางคืน (sleep onset and maintenance) 20 ราย (ร้อยละ 23.5) และปัญหาการกลืน

ปีสภาวะไม่อยู่ 18 ราย (ร้อยละ 21.2) ส่วนปัญหาการนอนหลับที่ไม่ค่อยพบ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติในระยะการนอนหลับช่วง REM (rapid eye movement sleep behavioral disorder) ซึ่งพบได้ร้อยละ 4.0 เท่านั้น ดังตารางที่ 2

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับแบบทวิปัจจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และ ผู้ป่วยที่ได้รับยา levodopa มากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3 แต่เมื่อนำปัจจัยทั้งสามมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยโดยวิธี stepwise พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา levodopa มากกว่า 500

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

มิลลิกรัมต่อวันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการนอนหลับประมาณ 3.2 เท่าของผู้ป่วยที่ได้รับยา levodopa น้อยกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน ดังตารางที่ 4

#### วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าความชุกของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยพาร์กินสันของโรงพยาบาลมหาราชินทรราชสีมาเท่ากับร้อยละ 54.1 ซึ่งมากกว่าที่พบในผู้สูงอายุทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาในอดีตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาการนอนหลับคือ การได้รับยา

	จำนวน (ราย) (ร้อยละ) n=85
อายุเฉลี่ย (ปี) (ค่ามัธยฐาน) (พิสัย)	64.2±9.9 (65.0) (40-83)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคพาร์กินสัน (ปี) (ค่ามัธยฐาน) (พิสัย)	3.7±2.6 (3.5) (0.5-7)
ระยะเฉลี่ยของโรคตาม MHYS (ค่ามัธยฐาน) (พิสัย)	2.3±0.9 (2.5) (0-4)
ขนาดเฉลี่ยของยา levodopa ที่ได้รับ(มิลลิกรัมต่อวัน) (ค่ามัธยฐาน) (พิสัย)	520.3±275.6 (500.0) (0-1,800)
เพศชาย	43 (50.6)
การได้รับยากลุ่ม dopamine agonist	43 (50.6)
ชนิดของยาที่ได้รับ	
Levodopa ชนิดเดี่ยว	24 (28.2)
Levodopa plus DA	25 (29.4)
Levodopa plus anticholinergic	11 (12.9)
Levodopa plus entacapone	6 (7.1)
Levodopa plus DA plus entacapone	18 (21.2)
Other	1 (1.2)
มีภาวะซึมเศร้า	34 (40.0)
มีภาวะสมองเสื่อม (n=83)	37 (44.6)
มีภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหว (n=84)	19 (22.6)
มีการใช้ยาช่วงนอนหลับ (n=74)	16 (21.7)

หมายเหตุ: MHYS = Modified Hoehn and Yahr Stage, DA = dopamine agonist

**ตารางที่ 2** ปัญหาการนอนหลับจากแบบสอบถามMPDSS

คำถาม	ปัญหาการนอนหลับ	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. คุณภาพการนอนหลับตอนกลางคืน โดยรวมของท่านเป็นอย่างไร?	Overall quality of sleep	17 (20.0)
2. ท่านมีการนอนหลับยากตอนกลางคืนหรือไม่?	Sleep onset and maintenance	15 (17.6)
3. ท่านมีอาการนอนหลับไม่สนิท ต้องตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อยหรือไม่?	Sleep onset and maintenance	20 (23.5)
4. ท่านมีอาการแขนขาอยู่ไม่นิ่งชอบขยับไปมาหรือกระตุกจนทำให้หลับไม่สนิทหรือไม่? Nocturnal restlessness	Nocturnal restlessness	15 (17.6)
5. ขณะอยู่บนเตียงคุณรู้สึกง่วงนอน กระสับกระส่ายหรือไม่?	Nocturnal restlessness	15 (17.6)
6. ท่านรู้สึกทรมานกับการฝันร้ายตอนกลางคืนจนต้องตื่นกลางดึกหรือไม่?	Nocturnal psychosis	10 (11.8)
7. ท่านรู้สึกทรมานกับการได้ยินหรือเห็นในสิ่งที่คนอื่นไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน?	Nocturnal psychosis	7 (8.2)
8. ท่านต้องตื่นมาปัสสาวะกลางดึกหรือไม่?	Nocturia	22 (25.9)
9. ท่านมีการกลืนปัสสาวะไม่อยู่เพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวไปเข้าห้องน้ำได้หรือไม่? Nocturia	Nocturia	18 (21.2)
10. ท่านมีอาการขาหรือรู้สึกกระชับกระชอนตามแขนขา ทำให้อุ้งตีนกลางดึกหรือไม่?	Nocturnal motor symptoms	13 (15.3)
11. ท่านมีการปวดเกร็งกล้ามเนื้อแขนหรือขาขณะนอนหลับหรือไม่?	Nocturnal motor symptoms	17 (20)
12. ท่านมีการตื่นตอนเช้าในท่าที่ปวดแขนหรือขาหรือไม่?	Nocturnal motor symptoms	15 (17.6)
13. ขณะตื่นตอนเช้าท่านมีอาการสั่นหรือไม่?	Nocturnal motor symptoms	16 (18.8)
14. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียและง่วงนอนไม่สดชื่นหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือไม่?	Sleep refreshment	16 (18.8)
15. ท่านเคยหลับโดยไม่มีอาการง่วงน้ามาก่อนระหว่างวันหรือไม่?	Daytime dozing	7 (8.2)
16. ท่านมีการนอนละเมอที่อาจทำร้ายหรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้ดูแลหรือไม่?	REM behavioral disorder	7 (8.2)
17. ท่านพบบาดแผลหรือรอยฟกช้ำหลังตื่นนอน โดยไม่ทราบสาเหตุหรือไม่?	REM behavioral disorder	3 (3.5)
18. ท่านเคยนอนหลับขณะทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ เช่น ขับรถ หรือไม่?	Sudden onset of sleep	4 (4.7)
19. ท่านนอนกรนหรือไม่?	Snoring	15 (17.6)

levodopa ในขนาดสูงกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งคล้ายกับผลของการศึกษาในอดีตทั้งในสัตว์ทดลอง<sup>(13)</sup> และในมนุษย์<sup>(14)</sup> ที่มีแนวโน้มว่าการได้รับยา levodopa ในขนาดสูงนั้นเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาการนอนหลับ แต่ยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์นี้ได้ เนื่องจากผลของ dopamine กับการนอนหลับนั้นยังไม่ทราบชัดเจนซึ่งคงต้องรอข้อมูลจากการศึกษาในอนาคตต่อไป

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ<sup>(6)</sup> คือมีการรวมปัจจัยทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อนเข้าไปในการศึกษาด้วยผลการศึกษาพบว่าทั้งสองภาวะนั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ

อย่างมีนัยสำคัญเมื่อทำการวิเคราะห์แบบทวิปัจจัยแต่ไม่พบความสัมพันธ์เมื่อทำการวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย ขณะที่การศึกษาในอดีตพบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางการเคลื่อนไหว<sup>(14)</sup> การได้รับยา levodopa หรือ dopamine agonist<sup>(14-15)</sup> ระดับคุณภาพชีวิต<sup>(6)</sup> และความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย<sup>(6)</sup> จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยพาร์กินสันนั้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยพาร์กินสันจึงควรตระหนักว่าเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนหลับเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาอื่นที่นอกเหนือจากปัญหาทางการเคลื่อนไหวร่วมด้วย การสืบค้นหาภาวะต่างๆ ที่อาจพบร่วมกันได้นั้นจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาและ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาการนอนหลับโดยใช้การวิเคราะห์ทวิปัจจัย

ปัจจัย	ปัญหาการนอนหลับ		Crude OR (95% CI)	p-value
	มี	ไม่มี		
อายุเฉลี่ย (ปี)	65.7±9.9	63.0±9.9		0.33
มัธยฐานระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)	3.5	4.5		0.28
ค่าเฉลี่ย MHYS	2.3±0.9	24±1.0		0.48
ขนาดยา levodopa ที่ได้รับ ราย (ร้อยละ) (n=85)				
>500 มิลลิกรัมต่อวัน	30 (35.3)	15 (17.6)	3.00	0.02*
< 500 มิลลิกรัมต่อวัน	16 (18.8)	24 (28.2)	(1.24, 7.27)	
เพศ (n=85)				
ชาย	23 (27.1)	20 (23.5)	0.95	0.90
หญิง	23 (27.1)	19 (22.4)	(0.40, 2.23)	
ได้รับยาในกลุ่ม dopamine agonist ราย (ร้อยละ) (n=85)				
ได้รับ	22 (25.9)	21 (24.7)	0.79	
ไม่ได้รับ	24 (28.2)	18 (21.2)	(0.33, 1.85)	0.58
ภาวะซึมเศร้า ราย (ร้อยละ) (n=85)				
มี	23 (27.1)	11 (12.9)	2.55	
ไม่มี	23 (27.1)	28 (32.9)	(1.03, 6.30)	0.04*
ภาวะสมองเสื่อม ราย (ร้อยละ) (n=83)				
มี	25 (30.1)	12 (14.5)	2.71	
ไม่มี	20 (24.1)	26 (31.3)	(1.10, 6.67)	0.03*
ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหว ราย (ร้อยละ) (n=84)				
มี	8 (9.5)	11 (13.1)	0.55	
ไม่มี	37 (44.0)	28 (33.3)	(0.20, 1.55)	0.25
การใช้ยาช่วยการนอนหลับ ราย (ร้อยละ) (n=74)				
ใช่	9 (12.2)	7 (9.5)	1.48	
ไม่ใช่	27 (36.5)	31 (41.9)	(0.48, 4.5)	0.49

หมายเหตุ: MHYS = Modified Hoehn&Yahr Stage, OR = odds ratio, \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนั้นภาวะทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์อื่น ๆ ที่ยังไม่ได้นำมาทำการศึกษา นั้นอาจจะมีผลต่อปัญหาด้านการนอนหลับได้จึงน่าจะมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

ปัญหาทางด้านการนอนหลับที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งจากการศึกษานี้และจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม

พระเกียรติ ได้แก่ ปัญหาปวดปัสสาวะในเวลากลางคืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ<sup>(15)</sup> อาการปวดปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืนของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอาจจะมีสาเหตุจากระบบประสาทเสรี (autonomic nervous system) ทำงานบกพร่อง ซึ่งมักพบในผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีระยะเวลาดำเนินโรคนานาน<sup>(16)</sup> หรืออาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาการนอนหลับ โดยใช้การวิเคราะห์พหุปัจจัย

ปัจจัย	ปัญหาการนอนหลับ		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	มี	ไม่มี			
ขนาดยา levodopa ที่ได้รับ (ราย)					
>500 มิลลิกรัมต่อวัน	30	15	3.00	3.19	0.02*
< 500 มิลลิกรัมต่อวัน	16	24	(1.24, 7.27)	(1.23, 8.29)	
ภาวะซึมเศร้า (ราย)					
มี	23	11	2.55	2.42	0.09
ไม่มี	23	28	(1.03, 6.30)	(0.86, 6.79)	
ภาวะสมองเสื่อม (ราย)					
มี	25	12	2.71	2.21	0.12
ไม่มี	20	26	(1.10, 6.67)	(0.82, 5.95)	

หมายเหตุ: OR = odds ratio, \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

ภาวะต่อมลูกหมากโตในเพศชาย ภาวะกล้ามเนื้อกะบังลมหย่อนในเพศหญิง หรือ โรคเบาหวาน เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายหรือเพศหญิง และระยะเวลาที่เป็นโรค ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาเรื่องการปัสสาวะในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงเป็นสิ่งจำเป็น อันจะนำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาการนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษานี้พบว่าปัญหาการนอนหลับที่พบได้น้อยในผู้ป่วยพาร์กินสันคือ ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติในระยการนอนหลับช่วง REM ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมามาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศถึงแม้ว่าความชุกจะแตกต่างกันกับการศึกษานี้ก็ตาม ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าการวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่ได้รวมเอาปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยเข้ามาร่วมในการศึกษาด้วย แต่ก็เป็นที่ยืนยันว่าปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยพาร์กินสันชาวไทยนั้นก็คล้ายกันกับในต่างประเทศ โดยความชุกอาจจะแตกต่างกันตามวิธีการศึกษา สภาพสังคม ความเป็นอยู่รายได้และคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

### สรุป

ความชุกของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยพาร์กินสันของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเท่ากับร้อยละ 54.1 ปัญหาพบได้บ่อยที่สุดคือการตื่นมาปัสสาวะกลางดึกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับคือการได้รับยา levodopa ในขนาดที่สูงกว่า 500 มิลลิกรัมต่อวัน

### เอกสารอ้างอิง

1. De Rijk MC, Tzourio C, Breteler MM, Dartigues JF, Amaducci L, Lopez-Pousa S, et al. Prevalence of Parkinson disease in the elderly: The Rotterdam study. *Neurology* 1995; 45: 2143-6.
2. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lee AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: A clinic-pathological study of 100 cases. *JNNP* 1992; 55: 181-4.
3. Miyoshi K, Ueki A, Nagano O: Management of psychiatric symptoms of parkinson's disease. *Eur Neurol* 1996; 36: S43-S48.

4. Sukying C, Bhokakul V, Udomsubpayakul U. An epidemiological study on insomnia in an elderly Thai population. *J Med Assoc Thai* 2003; 86: 316-24.
5. Tanasanvimon S, Ayuthaya NI, Phanthumchinda K. Modified Parkinson's disease Scale (MPDSS) in Thai Parkinson's disease patient. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 2277-83.
6. Praween L, Kongkiat K. Quality of life and sleep-related problems in patients with Parkinson's disease at Thammasat University Hospital. *Thammasat Med J* 2010; 10: 165-74.
7. Kumar S, Bhatia M, Behari M. Sleep disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002; 17: 775-81.
8. Tandberg E, Larsen JP, Karlsen K. A community-based study of sleep disorders in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 1998; 13: 895-9.
9. Chaudhuri KR, Martinez-Martin P. Clinical assessment of nocturnal disability in Parkinson disease's Sleep Scale. *Neurology* 2004; 63: S17-S20.
10. Thai geriatric depression scale-TGDS: Train the brain forum committee. *Siriraj Hosp Gaz* 1994; 46: 1-9.
11. Thai Mini-Mental State Examination (TMSE). Train the brain forum committee. *Siriraj Hosp Gaz* 1993; 45: 359-74.
12. Sid EO, Joy DH, Glen ES, Robert JI, Neill RG, Ronald CP, et al. Detecting dementia with the Mini-mental state examination (MMSE) in highly educated individual. *Arch Neurol* 2008; 65: 963-7.
13. Simuni T. Somnolence and other sleep disorders in Parkinson's disease: The challenge for the practicing neurologist. *Neurol Clin* 2004; 22: S107-S126.
14. OSuilleabhain PE, Dewey RD Jr. Contributions of dopaminergic drugs and disease severity to daytime sleepiness in Parkinson's disease. *Arch Neurol* 2002; 59: 986-9.
15. Thorpy MJ, Adler CH. Parkinson's disease and sleep. *Neurol Clin* 2005; 23: 1187-208.
16. Singer C, Weiner WJ, Sanchez-Ramos JR. Autonomic dysfunction in men with Parkinson's disease. *Eur Neurol* 1992; 32:134-40.