

บทที่ 9

อาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ

สุรัชย์ เกื้อศิริกุล

“อาการนอนไม่หลับ” หรือ “การนอนหลับไม่เพียงพอ (insomnia)” เป็นเพียงอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ไม่ใช่ตัวโรค แพทย์จึงต้องสืบค้นหาสาเหตุต่อไป เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจบรรยายปัญหาการนอนในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือมีผสมกันหลาย ๆ แบบ ที่พบได้คือ การนอนไม่หลับหรือหลับลำบาก การนอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นกลางดึก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ การตื่นนอนเช้าหรือเร็วกว่าปกติ และตื่นนอนแล้วไม่สดชื่น

ชนิดของการนอนหลับไม่เพียงพอและสาเหตุ

ในทางคลินิกการจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามระยะเวลาของการเกิดอาการ จะทำให้ง่ายต่อการหาสาเหตุ การจำแนกมีดังนี้

1. **ปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเร็ว เป็นอยู่ช่วงเวลาสั้น ๆ และมักไม่เรื้อรัง (acute หรือ short-term หรือ transient insomnia)** มักมีสาเหตุมาจาก ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาตึงเครียดในชีวิต อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม เช่น เสียงดัง ร้อนเกินไป การเปลี่ยนที่นอน และการเดินทางข้ามเส้นแบ่งเวลาโลก (time zone) ทำให้เกิด jet lag ถ้าร่างกายสามารถปรับตัวกับสภาพที่เกิดขึ้นหรือมีการแก้ไขปัญหาก็ให้ลู่วง การนอนไม่หลับก็จะหายไปได้

2. **ปัญหาการนอนที่เรื้อรัง (chronic insomnia)** โดยเกิดขึ้นนานกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจมาจากสาเหตุเดียว หรือหลายสาเหตุร่วมกัน ดังเช่น

2.1 โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกายและนอนไม่หลับ

2.2 โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะทางฮอร์โมน การตั้งครรภ์ ภาวะหมดประจำเดือน โรคหอบหืด gastrointestinal reflux และอาการปวด การไอเรื้อรัง การหายใจลำบาก และการต้องตื่นมาปัสสาวะบ่อย ๆ เป็นต้น

2.3 สารยา เช่น แคลเฟอีน, steroid, decongestants, beta-blocker และยาลดน้ำหนักรักษาต่าง ๆ รวมทั้งแอมเฟตามีน

2.4 ปัญหาการนอนที่มาจากความผิดปกติของการนอนหลับโดยตรง (primary sleep disorder)

- Restless leg syndrome ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อของขาหรือเท้า และจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้เคลื่อนไหวเท้า บางครั้งอาจรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งค้ำคานในกล้ามเนื้อ อาการเป็นมากในช่วงเย็นหรือเมื่อผู้ป่วยเข้านอน

- Periodic limb movement disorder (PLMD) ผู้ป่วยจะมีอาการขาทั้งสองข้างสับัดหรือกระตุกเป็นพัก ๆ อาจพบที่แขนบ้าง ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง มักเกิดขึ้นทุก ๆ 20-90 นาที ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวตื่นเพราะเกิดช่วงสั้นมาก แต่ผู้ที่นอนใกล้ชิดผู้ป่วยจะสามารถรายงานลักษณะอาการได้ดี มักพบในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยไตวาย

- Obstructive sleep apnea เป็นการขาดลมหายใจระหว่างการนอนหลับเป็นพัก ๆ มักพบในบุคคลที่นอนกรนเสียงดังสลับกับหายใจลำบาก อ้วน คอสั้นหนา และมักมีอาการง่วงนอนมากในช่วงกลางวัน การขาดลมหายใจทำให้ขาดออกซิเจนและเกิดการตื่นเป็นระยะ ๆ

- Circadian rhythm disorder เช่น delayed sleep phase syndrome ผู้ป่วยมีเวลาของการนอนเกิดขึ้นช้า และตื่นนอนสายกว่าคนทั่วไป

- Primary insomnia หรือ psychophysiological insomnia เป็นปัญหาการนอนที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักมีเหตุปัจจัยกระตุ้นบางอย่างเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ มาก่อน เช่น jet lag หรือความไม่สบายใจบางอย่าง แต่ถึงแม้ว่าเหตุนั้นได้ผ่านพ้นไปแล้วผู้ป่วยก็ยังคงมีปัญหาการนอนหลับอยู่ต่อไป ผู้ป่วยจะมีความกังวลหรือครุ่นคิดตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งเวลานอนใกล้เข้ามากก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนหลับให้ได้ ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยจะไม่สามารถนอนหลับได้ และจะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่หลับและรู้สึกทรมาน แต่ก็ไม่กล้าลุกออกจากที่นอนเพราะกลัวว่าจะทำให้หายง่วง

การวินิจฉัยโรค

แพทย์ควรซักประวัติจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่นอนใกล้ชิด เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับช่วงที่ผู้ป่วยหลับไปแล้วด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการนอน-ตื่นที่แพทย์สามารถใช้ในการซักถามเพื่อประเมินปัญหาและการวินิจฉัยโรคมี่ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนในลักษณะใด? และปัญหาการนอนเกิดมานานเท่าไร?
2. ลักษณะของการนอน ได้แก่ เวลาที่เข้านอนและตื่นนอน ใช้เวลาประมาณเท่าใดกว่าจะหลับ? จำนวนและระยะเวลาที่ตื่นนอนกลางดึก คุณภาพการนอนเป็นอย่างไร? นอนหลับแล้วตื่นด้วยความสดชื่นหรือไม่? การนอนงีบในช่วงกลางวัน ประวัติเกี่ยวกับปัญหาการนอนในอดีตมีการนอนกรนเสียงดัง การขาดลมหายใจ การสะดุ้งหรือกระตุกของขาและหรือแขนหรือไม่?
3. สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมก่อนการเข้านอน
4. พิจารณาแยกโรคทางจิตเวช และอายุรกรรมที่อาจทำให้นอนได้ไม่ดี
5. ประเมินความรุนแรงของปัญหาโดยพิจารณาระยะเวลา ความรู้สึกของผู้ป่วย และที่สำคัญคือความสามารถในการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวันถูกรบกวนมากหรือไม่?

ส่วนการตรวจสภาพสรีรวิทยาช่วงการนอนหลับด้วยเครื่อง polysomnograph ควรทำในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น แพทย์ให้การรักษาไปนานกว่า 6 เดือนแล้วอาการของ

ผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น หรือจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาของโรคที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับโดยตรง เช่น sleep apnea syndrome หรือ PLMD

แนวทางในการวินิจฉัยโรค หรือหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการนอนหลับไม่เพียงพอ และการดูแลรักษาได้แสดงในรูปที่ 1

หลักการดูแลรักษาสำหรับแพทย์ทั่วไป

หลักของการรักษามีดังต่อไปนี้

1. ขจัดเหตุปัจจัยที่ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ทั้งปัญหาทางอายุรกรรม ยา สารต่าง ๆ โรคทางจิตเวช และพฤติกรรมที่รบกวนวงจรการนอนหลับ-ตื่น และส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยการนอน

2. ประเมินความรุนแรง โดยประเมินว่าปัญหาการนอนนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวันมากน้อยเพียงใด รวมทั้งการรับรู้และความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกับปัญหา เพื่อเลือกวิธีการรักษา ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะการนอนที่ไม่ดีแต่ไม่ได้รับกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการนอนอาจตื่นนอนกลางดึก หรือตื่นนอนเช้าขึ้น แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ก็อาจเพียงอธิบายให้เข้าใจถึงลักษณะการนอนที่เปลี่ยนไปในผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขบัญญัติของการนอนหลับก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องใช้ยา

วิธีการรักษา

วิธีการรักษาเบื้องต้นมี 2 วิธีดังนี้

1. การแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) ดังแสดงในตารางที่ 1 หลักการเหล่านี้ช่วยขจัดสาเหตุภายนอกต่างๆที่อาจรบกวนการนอน ช่วยลดความหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนของผู้ป่วย และส่งเสริมให้วงจรการนอนหลับ-ตื่นเกิดเป็นเวลาสม่ำเสมอมากขึ้น

2. การใช้ยาช่วยการนอนหลับ ต้องร่วมกับการแนะนำสุขบัญญัติของการนอนหลับที่ดีที่สุดด้วยเสมอ เพราะในระยะยาวผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงยาอย่างเดี๋ยวจุดประสงค์ของการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้เร็วขึ้น ลดการตื่นกลางดึก หรือเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้น

การใช้ยาในกรณีที่มีอาการรุนแรง และให้ยาในระยะสั้นที่สุด เมื่อผู้ป่วยปรับตัวได้แล้วอาจไม่ต้องให้ยาต่อเนื่อง ไม่ควรให้ยานานเกิน 2-3 สัปดาห์

ผู้ป่วยบางรายที่กินยานอนหลับมานาน และไม่สามารถหยุดยาได้ แต่ก็ไม่มีอาการหรือเพิ่มขนาดยาเอง แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยกินยาเป็นคืนเว้นคืน หรือกินทุก ๆ 2 คืน

ตารางที่ 1 สุขอนามัยของการนอนหลับที่ดี

1. ตื่นนอนให้เป็นเวลา และเข้านอนให้เป็นเวลาทุกวัน
 2. ไม่ทำกิจกรรมอื่นใดบนเตียงนอน ยกเว้นเรื่องนอน และกิจกรรมทางเพศ
 3. ใช้เวลาบนเตียงนอนให้น้อยที่สุดในแต่ละคืน
 4. ในกรณีที่เข้านอนแล้ว 10-15 นาที ยังไม่สามารถนอนหลับได้ ไม่ควรพยายามนอนต่อไป ควรลุกไปจากเตียงหรือไปห้องอื่นเพื่ออ่านหนังสือเบา ๆ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ เมื่อรู้สึกง่วงจึงกลับเข้านอนใหม่
 5. ไม่ควรมีนาฬิกาปลุกเวลาในห้องนอน
 6. ไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงกาย หรือหนักสมองก่อนเข้านอน
 7. มีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนการเข้านอน เช่น อาบน้ำอุ่น ตีมนม หรือน้ำผลไม้ อ่านหนังสือเบา ๆ 10 นาทีก่อนเข้านอน
 8. งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน 6 ชั่วโมง และงดสุรา บุหรี่เมื่อเวลาเข้านอน
 9. พยายามไม่รีบหลับในช่วงกลางวันมากเกินไป เพราะจะทำให้คืนนั้นไม่ง่วงและ คุณภาพการนอนไม่ดี
 10. ออกกำลังกายเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินยืดเส้นยืดสายก่อนเวลานอน 2-3 ชั่วโมง แต่หากออกกำลังกายหนัก ๆ ควรทำในช่วงเย็น ๆ เท่านั้น
-

2.1 Benzodiazepine ขนาดยาที่เพียงพอของยาในกลุ่มนี้ทุกชนิดสามารถช่วยให้เกิดการนอนหลับได้ ความแตกต่างส่วนใหญ่มาจากคุณสมบัติในการถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด และค่าครึ่งชีวิตของยาแต่ละตัว ถึงแม้ว่าอาการอันไม่พึงประสงค์จากยากกลุ่มนี้เกิดขึ้นน้อยเพียง 1 ในการสั่งยา 10,000 ครั้ง แต่ก็มีปัญหาที่ควรระวังคือ การติดยาทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา อาการขาดยา (withdrawal syndrome) และ rebound insomnia ถ้าหยุดยากระทันหันหรือเร็วเกินไป

ยาบางชนิดในกลุ่มนี้มีคุณสมบัติเฉพาะด้านช่วยการนอนหลับ ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยทั่วไปยาที่เหมาะสมควรเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตไม่ยาวเกินไปเช่น ประมาณ 8 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบชีวิตช่วงกลางวันมาก แต่ถ้าแพทย์ต้องการผลของการลดความวิตกกังวลด้วย ก็อาจเลือกยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นมากมักเป็นยาที่มีความแรงมากและออกฤทธิ์เร็ว แต่ก็อาจมีผลทำให้ระยะนอนหลับสั้นลง และมีโอกาสติดยารวมทั้งเสพติดยาเพิ่มขึ้น

2.2 Nonbenzodiazepine hypnotics เป็นยารุ่นใหม่มีปัญหาเกี่ยวกับการติดยาและการเสพติดยา ตลอดจนเกิดอาการหยุดยาน้อยกว่ายากกลุ่ม benzodiazepine และไม่ทำให้ง่วงหรือประอบของระยะการนอนเปลี่ยนไปมาก ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ zolpidem ซึ่งเป็นยากกลุ่ม imidazopyridine มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 2.5 ชั่วโมง

3. ยาแก้ซึมเศร้าที่มีฤทธิ์ง่วง เช่น amitriptyline, mianserin ถึงแม้ว่ายังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังถึงประสิทธิภาพของยากกลุ่มนี้ในการช่วยการนอนหลับ แต่ยามีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวล หรือในผู้ป่วยที่มีอาการปวดในลักษณะต่างๆที่เรื้อรังและรบกวนการนอน

4. ยากลุ่ม antihistamine ยาที่ใช้บ่อยคือ diphenhydramine และ hydroxyzine เหมาะในผู้ป่วยที่มีอาการภูมิแพ้ อาการคันที่รบกวนการนอน มีการศึกษาหนึ่งที่แสดงว่ายา hydroxyzine มี

ตารางที่ 2 ยาที่ช่วยการนอนหลับ

	ค่าครึ่งชีวิต (ชั่วโมง)	Active metabolite	การดูดซึม	ขนาดยา (มก.)
1. Benzodiazepines				
Alprazolam	12-20	มี	เร็ว	0.5-1
Clonazepam	22-38	ไม่มี	ช้า	0.5-2
Diazepam	20-50	มี	เร็ว	5-10
Flurazepam	50-200	มี	เร็ว	15-30
Lorazepam	10-22	ไม่มี	ปานกลาง	0.5-2
Midazolam	1-4	ไม่มี	เร็วมาก	7.5-15
Temazepam	8-12	ไม่มี	ปานกลาง	7.5-30
Triazolam	2-5	ไม่มี	เร็ว	0.125-0.25
2. Nonbenzodiazepines				
Zolpidem	1.5-4	ไม่มี	เร็ว	2.5-10
3. Antidepressants				
Amitriptyline	15.6-26.6	มี	ปานกลาง	25-50
Trazodone	~7			25-100
Mianserin				15-30
Mirtazapine	20			15-30
Fluvoxamine	15			50-100
Paroxetine	20			20
4. Antihistamines				
Diphenhydramine	2.4-9.3	ไม่มี	ช้า	50
Hydroxyzine				25-50

ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) ด้วยจึงอาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยชนิดนี้

การส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญ

ควรส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ที่มีความชำนาญในกรณีต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวชที่แพทย์ไม่สามารถดูแลได้
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางงนอนในช่วงกลางวันมาก
4. ผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมี sleep apnea syndrome หรือ narcolepsy
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไปแล้วนานกว่า 1 เดือนแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สรยุทธ วาสิกานานนท์. ยานอนหลับและสารช่วยการนอนหลับ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 45:87-97.
2. Anonymous. Insomnia: assessment and management in primary care. National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia. Am Fam Physician 1999; 59:3029-38.
3. Anonymous. Insomnia: assessment and management in primary care. Sleep 1999; 22 (Suppl2):S402-8.
4. Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. Sleep 2000; 23 (Suppl1):S23-30.
5. Bootzin RR, Perlis ML. Nonpharmacologic treatments of insomnia. J Clin Psychiatry 1992; 53 (Suppl):37-41.
6. Chesson A Jr, Hartse K, Anderson WM, et al. Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Sleep 2000; 23:237-41.
7. Hauri PJ. Insomnia. Clin Chest Med 1998; 19:157-68.

รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงการวินิจฉัยและดูแลรักษาปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ

