

กรณีผู้ป่วยภาวะพิษจากโอปิออยด์

(Case study: Opioid poisoning)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสาทรียา ตระกูลศรีชัย

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 39 ปี อยู่กรุงเทพมหานคร ไม่ได้ประกอบอาชีพ

CC: ญาติไปพบนอนไม่รู้สึกตัว 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

PI: 3 ชั่วโมง PTA: ผู้ป่วยทะเลาะกับสามีและเดินเข้าไปในห้องนอนจากนั้นปิดประตูอยู่คนเดียวในห้อง 1 ชั่วโมง PTA: สามีไปพบผู้ป่วยนอนหมดสติ เรียกไม่รู้สึกตัว ปัสสาวะราด ไม่พบยาใดๆข้างตัว สามีจึงรีบนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

PH: มีโรคประจำตัว Major depressive disorder และ migraine รับยาจากโรงพยาบาลอื่น ปฏิเสธประวัติดื่มเหล้า สูบบุหรี่ แพ้ยา แพ้อาหาร ไม่เคยผ่าตัด ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ

ที่ห้องฉุกเฉิน

PE: A Thai female patient, coma

BP 90/50 mmHg, PR 64 bpm, RR 4 bpm, BT 36.4°C, O2 saturation (room air) 90 %, capillary blood glucose 98 mg/dL

HEENT: not pale, not icteric

Lungs: rhonchi both lungs.

Heart: normal S1S2, no murmur

Abdomen: soft, not tender, liver and spleen not palpable

Extremities: no pitting edema

Neuro: E1V1M1, pupils 1 mm both eyes, stiff neck negative, deep tendon reex 1+ all , Babinski's sign dorsiflexion both feet

- ภาวะพิษจาก benzodiazepines ซึ่งในผู้ป่วยกินเกินขนาด มักจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิด ตัว คล้ายคนที่หลับลึก แต่โดยทั่วไปมักจะพบว่า ผู้ป่วยจะยังมีสัญญาณชีพปกติ มักไม่เกิดการหายใจ และไม่มีอาการแสดงใดชัดเจน

ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน และสงสัยว่าได้รับพิษร่วมกับมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ให้พิจารณาดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินเบื้องต้นดังนี้

1. ให้ชักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว พร้อมกับประเมินทางเดินหายใจและช่วยการหายใจ โดยประเมินจากความรุนแรงของผู้ป่วย และพิจารณาให้ออกซิเจน โดยเฉพาะในรายที่มี O2 saturation จาก pulse oximeter ต่ำ หลังจากนั้นให้ประเมินระบบไหลเวียนโลหิต โดยพิจารณาหลักๆ จากค่าความดันโลหิตและชีพจรของผู้ป่วย พร้อมกับดูแลรักษาในกรณีที่มีความผิดปกติร่วมด้วย
2. ตรวจระดับน้ำตาลในเส้นเลือดขนาดเล็ก (capillary blood glucose) เบื้องต้น ว่ามีภาวะน้ำตาลต่ำหรือไม่ ถ้าระดับน้ำตาลต่ำ พิจารณาให้ glucose และ thiamine ทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยซึมมากและตรวจพบการกดการหายใจร่วมด้วย คือหายใจช้า (โดยเฉพาะอัตราการหายใจ < 12 ครั้งต่อนาทีในกรณีที่ไม่ได้เป็นการหลับลึก) ให้สงสัยภาวะพิษจาก opioids และสามารถให้ naloxone ซึ่งเป็นยาต้านพิษของกลุ่ม opioids ได้^{1,2} โดยพิจารณาให้ naloxone 0.4 มิลลิกรัม (หรือใช้ขนาดน้อยกว่า ในกรณีที่สงสัยผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่ม opioids มานาน หรือสงสัยว่าเสพติดยาในกลุ่มนี้โดยเริ่ม 0.04 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนยา) และให้พิจารณาดูว่า ผู้ป่วยตอบสนองต่อ naloxone หรือไม่ โดยดูการหายใจว่าผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นหรือไม่ และ/หรือเริ่มต้นขึ้นหรือไม่ ถ้าไม่ตอบสนองให้พิจารณาให้ซ้ำได้อีก 2 มิลลิกรัม และถ้าอีก 2-3 นาที ไม่ตอบสนอง ให้เริ่มหาสาเหตุอื่นร่วมด้วยและให้ซ้ำได้อีก 2-4 มิลลิกรัม โดยสามารถให้ naloxone ได้ถึง 10 มิลลิกรัม

การดูแลรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

แพทย์ได้ทำการใส่ท่อช่วยหายใจและทำการต่อเครื่องช่วยหายใจ พร้อมให้ 0.9% NSS และให้ naloxone (0.4 มิลลิกรัม) 1 vial ผู้ป่วยยังหายใจช้าโดยดูจากที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการหายใจเอง จึงให้เพิ่มอีก 3 vials ผู้ป่วยเริ่มหายใจเร็วขึ้นและรู้สึกตัวมากขึ้น แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและเอกซเรย์ปอด ที่ห้องฉุกเฉินอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ในผู้ป่วยรายนี้ได้ประวัติเพิ่มเติมจากสามีว่า ช่วง 2-3 วันนี้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก บ่นไม่อยากมีชีวิตอยู่หลายครั้ง และดูจากยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่ายา morphine syrup หายไปมากกว่าปกติ 50 มิลลิกรัม และ ยา alprazolam (0.5 มิลลิกรัม) หายไปประมาณ 10 เม็ด