

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการสตีเวนส์ จอห์นสัน (Stevens-Johnson Syndrome) ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์

พรนิภา ศรีนาค
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

บทนำ

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) เป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้ของผิวหนังแบบไม่เฉียบพลันแต่รุนแรง โดยส่วนใหญ่เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR) Type B หรือการแพ้ยา (drug allergy) ซึ่งมีอาการแพ้ทางผิวหนัง โดยมีความกว้างของผิวหนังที่เกิดการลอกตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวหนังร่างกายทั้งหมด และพบได้บ่อยกว่าผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรงอื่น ๆ ส่วนใหญ่เกิดในผู้ใหญ่ โดยในแต่ละปีจะพบอุบัติการณ์ 9.2 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน (Hsu, D.Y., et al, 2016) และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 1-5 (เปียกานต์ ลิ้มธัญญกุล และคณะ, 2013; Bernard Thong, B.& Vervloet, D., 2014 ; Saeed, H., et al, 2016) นอกจากนี้ ยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อคน 20,000 ดอลลาร์ ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.2 วัน เกิดความพิการและคุณภาพชีวิตลดลง (Thong, B.Y., & Tan, T.C., 2011; Hsu, D.Y., et al, 2016) ซึ่งยาที่พบบ่อยและมีความเสี่ยงสูง คือ ยารักษาโรคเกาต์ที่ชื่อว่า Allopurinol ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Penicillin กลุ่ม Sulfa ยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบ ยาป้องกันอาการชัก ยาอื่น ๆ เช่น ยาด้านอาการเศร้า ยาฆ่าเชื้อรา เป็นต้น (สลิล ศิริอุดมภาส, 2556) ส่วนการดำเนินของโรคทำให้เซลล์ผิวหนังและเยื่อบุตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย ส่งผลต่อความผิดปกติของเซลล์และการทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ได้แก่ ตา หัวใจ ปอด ไต ตับ หู จมูก ลำคอ อวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งทางเดินอาหารตั้งแต่ช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น (Saeed, H., et al, 2016) ดังนั้น การดูแลรักษาจึงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับอวัยวะสำคัญ ๆ อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอาจทำให้อาการของโรคนั้น ๆ รุนแรงยิ่งขึ้น

จากรายงานการเกิดแพ้ยา Stevens-Johnson Syndrome (SJS) ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างปี 2557-2559 พบ 3, 5 และ 10 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกรายต้องรับเข้าพักรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังเช่นกรณีศึกษาที่ ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเกาต์ โดยมีความเสี่ยงต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญบกพร่อง เช่น หัวใจ ตับ ไต เป็นต้น เมื่อเกิดแพ้ยาอาการ Stevens-Johnson จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่ออวัยวะดังกล่าวขึ้นอีก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยต้องใช้องค์ความรู้ที่มีความซับซ้อน มีความเข้าใจพยาธิสภาพและการดูแลรักษาในทุกโรคของผู้ป่วย รวมทั้งข้อจำกัดของแนวทางการดูแลรักษาในแต่ละโรค เพื่อให้การดูแลรักษาไปในแนวทางเดียวกัน สามารถควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่เดิมและปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์ที่มีการแพ้ยาแบบกลุ่มอาการ Stevens-Johnson เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซ้ำซ้อนต่อไป

กลุ่มอาการสตีเวนส์ จอห์นสัน (Stevens-Johnson Syndrome)

เป็นผื่นแพ้ยาที่พบบ่อยแต่มีความรุนแรงมาก โดยทำให้มีความผิดปกติของผิวหนังและเยื่อบุบริเวณ เยื่อบุช่องปาก เยื่อบุตา เยื่อบุทวารหนัก และเยื่อบุอวัยวะเพศ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากยา เช่น ยารักษาโรคเกาต์ที่ชื่อว่า Allopurinol ยาปฏิชีวนะกลุ่ม

Penicillin กลุ่ม Sulfa ยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบ ยาป้องกันอาการชัก ยาอื่น ๆ เช่น ยาด้านอาการเศร้า ยาฆ่าเชื้อรา เป็นต้น ส่วนน้อยเกิดจากโรค เช่น SLE , HIV, Leukemia, Infection เป็นต้น และบางครั้งอาจไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด อาการช่วงแรกเป็นอาการไม่จำเพาะ ได้แก่ อาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามตัว ระยะต่อมาจะมีผื่นขึ้นตามใบหน้าและลำตัว และจะลุกลามเร็วไปทั่วตัว ผู้ป่วยจะมีอาการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง บริเวณตา จมูก ช่องปาก ปวดแสบปวดร้อน และมีการลอกของผิวหนังและเยื่อต่างๆ ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ดื่ดเชื้อได้ง่าย สูญเสียการมองเห็น และอาจรุนแรงถึงขั้นพิการและเสียชีวิต

สำหรับการดูแลรักษา ต้องหยุดยาที่เป็นสาเหตุทันที และดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้ Fluid replacement therapy , Nutrition supplement, Sterile technique, Wound care, Eye care, corticosteroids drug, Analgesic drug สำหรับ Intravenous immunoglobulin ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอในการใช้รักษา (Anne, S., et al, 2014)



ภาพที่ 1 : ผื่นผิวหนังระยะแรกในผู้ป่วย Stevens-Johnson Syndrome

ที่มา : บทความวิชาการ “นักวิจัยพบ! การตรวจยีน HLA-B*1502 ใช้ทำนายกลุ่มเสี่ยงแพ้ยารักษาโรคลมชัก อาการรุนแรงชนิด สตีเวนส์ จอห์นสัน ในคนไทยได้สำเร็จ ”โดย สวทช. และ วิชาการดอทคอม. Retrieved from <http://www.vcharkarn.com>



ภาพที่ 2 : ผื่นหนังเป็นตุ่มน้ำพองใส และ ผื่นหนังกำพืดหลุดลอก

ที่มา : “Stevens-Johnson Syndrome / Toxic Epidermal Necrolysis”(2016) by Oakley, A.

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี ให้ประวัติว่า 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดขาซ้าย ข้อเท้าและหลังเท้าบวมแดง มาพบแพทย์ ส่งตรวจ uric acid ผลมีค่าสูงกว่าค่าปกติ (10.1 mg/dL) แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Cellulitis Lt. Foot และ Gouty arthritis ให้การรักษาด้วยยา Augmentin, Allopurinol, Ciprofloxacin 3 วันก่อนมา เริ่มเบื่ออาหาร 2 วันก่อนมา เริ่มมีอาการเจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นแดงบริเวณลำตัว คอ ใบหน้า 1 วันก่อนมา ผื่นแดงบริเวณลำตัว คอ ใบหน้า เพิ่มขึ้นและขยายไปบริเวณ แขน ต้นขา 2 ข้าง ค้น มีแผลในปากและมีไข้ ผลการตรวจร่างกายแรกพบมีไข้ 38.2 องศาเซลเซียส บริเวณใบหน้า คอ หลัง หน้าอก แขนและต้นขา 2 ข้าง มีผื่นเป็นตุ่มนูนสีแดงคล้ำ ลักษณะ maculopapular rash ทดสอบ Nikolsky's sign ผล negative เยื่อบุตาแดง มีแผลผิวหนังลอกบริเวณหนังตาบนข้างซ้าย แสบตา พร่ามัว มองภาพไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง เยื่อบุจมูกบวมแดง มีแผลและ discharge เล็กน้อย เยื่อบุภายในช่องปากและริมฝีปากล่างเป็นแผล มีเลือดออก เจ็บคอ ลิ้น มีแผลที่ labia บริเวณข้อนิ้วกลางเท้าซ้ายบวม ไม่ปวด เท้าซ้ายบวม (จากรอยโรค Cellulitis Lt. Foot และ Gout) ทดสอบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการทำงานของตับ (Liver function test) ไต เม็ดเลือดขาว และเกลือแร่ผิดปกติ ดังนี้ พบ BUN, Creatinine, Alkaline phosphatase (ALP), WBC, Neutrophils ในขณะที่ผล Na, Hb, Hct, Albumin ต่ำกว่าค่าปกติ ผลการตรวจปัสสาวะพบ Albumin = trace, WBC, RBC, Epithelial cell, Bacteria = few แพทย์วินิจฉัย prodrome SJS และปรึกษาเภสัชกร ลงความเห็นว่าผู้ป่วยแพ้ยา Allopurinol แพทย์ให้หยุดยาทันที นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยอยู่หอผู้ป่วยพิเศษได้และให้การักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้อาหารกลุ่มโปรตีน Sterile technique , wound care, ปรึกษาจักษุแพทย์, eye care, ยา corticosteroids และยา Analgesics หลังจากนอนโรงพยาบาลได้ 2 วัน ผื่นบริเวณหน้าอก แขน คอและใบหน้า เริ่มเป็นตุ่มน้ำพอง ทดสอบ Nikolsky's sign ผล positive และแตก ผิวหนังลอกในวันต่อมา โดยประเมินพื้นที่ผิวหนังลอก ประมาณร้อยละ 8 ของพื้นที่ผิวร่างกาย แพทย์ยังคงให้การรักษาเดิม ติดตามภาวะแทรกซ้อนการทำงานของตับ ไต ตา อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แผลบริเวณเยื่อบุในช่องปาก หน้าอก แขน คอและใบหน้า และ labia แห้ง ตกสะเก็ด ไม่มีผื่นแพ้ยาเพิ่มขึ้น ไม่มีไข้ การมองภาพชัดขึ้น รับประทานอาหารได้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า BUN, Creatinine, Alkaline phosphatase, WBC , Neutrophils ลดลง ค่า Na, Hb, Hct, Albumin เพิ่มขึ้น Uric acid ลดลง 8.4 mg/dL แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 10 วัน โดยระหว่างพักรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อการปฏิบัติกรพยาบาลตามปัญหา ดังนี้

- ปัญหาที่ 1 มีโอกาสติดเชื้อ เนื่องจากผิวหนังและเยื่อบุอวัยวะในร่างกายถูกทำลายจากการแพ้ยาอย่างรุนแรง
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง สูญเสียน้ำทางผิวหนัง และ รับประทานอาหาร น้ำได้น้อย
- ปัญหาที่ 3 มีภาวะชืด เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สรีรวิทยาของผู้สูงอายุทำให้การสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงทดแทนเซลล์เก่าช้าลง
- ปัญหาที่ 4 ไม่สุขสบาย เนื่องจากมีอาการเจ็บปวดสาเหตุจากผิวหนังและเนื้อเยื่ออักเสบ เป็นแผล และภาวะมีไข้
- ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็น เนื่องจากความผิดปกติเยื่อบุตา ขนตาและเส้นเลือดของเยื่อบุตา
- ปัญหาที่ 6 สูญเสียภาพลักษณ์ (disturbed body image) เนื่องจากมีรอยโรคบริเวณผิวหนัง
- ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เนื่องจากผลข้างเคียงของยา ไตทำงานผิดปกติ ได้รับสารน้ำที่มีส่วนประกอบโซเดียม
- ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการกำเริบของโรค gouty arthritis เนื่องจากยังอยู่ในระยะ acute gout attack 6 สัปดาห์ และหยุดใช้ยาลดการสร้าง uric acid/ลดการอักเสบของข้อ

ปัญหาที่ 9 เสี่ยงต่อการแพ้ยาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ทำให้เกิดการแพ้
ปัญหาที่ 10 พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากเจ็บป่วยหลายโรค

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีความรู้ทางวิชาการในเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเฉพาะอาการแพ้ยาในระยะเริ่มแรก สามารถตรวจประเมินและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตตามมา
2. เกสัชกร แพทย์ พยาบาล ต้องให้คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วยในการเฝ้าสังเกตอาการแพ้ยา ในรายที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงต่อการแพ้ยา ได้แก่ ยารักษาโรคเกาต์ที่ชื่อว่า Allopurinol , ยาปฏิชีวนะกลุ่ม Penicillin, กลุ่ม Sulfa, ยาแก้ปวด, ยาดับกลิ่นอวัยวะ, ยาป้องกันอาการชัก และยาอื่น ๆ เช่น ยาดับกลิ่นอวัยวะ, ยาฆ่าเชื้อรา เป็นต้น
3. โรงพยาบาลควรจัดทำสื่อหรือป้ายประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่มารับบริการทราบถึงอันตรายของการแพ้ยา อาการนำของการแพ้ยา การแจ้งเกสัชกร แพทย์ พยาบาลทราบกรณีมีประวัติแพ้ยา เพื่อทำประวัติการแพ้ยาไว้ ป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
4. การดูแลผู้ป่วยแพ้ยากลุ่มอาการ Stevens-Johnson ควรประสานการดูแลร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ จักษุแพทย์ เกสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลจิตเวชและพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- ปิยกานต์ ลิ้มธัญญกุล, ปิยกรณ์ พูลรัมย์, อุทธี สมบัติอุทธี และ มานะ ทวีวิศิษฐ์. (2013). ผู้ป่วยแพ้ยาลักษณะ Stevens- Johnson Syndrome จาก tramadol . *Journal of Medicine and Health Sciences*, 20 (2), 3-8.
- สลิล ศิริอุดมภาส. (2556). Stevens-Johnson syndrome.สืบค้น 12 มกราคม 2560 จาก <http://haamor.com/th/stevens-johnson/>
- Anne, S., Kosanam, S., & Prasanthi, L. (2014). Steven Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A review. *International Journal of Pharmacological Research*, 4 (4).
- Bernard Thong, B. & Vervloet, D., (2014). Drug Allergies , World Allergy Organization.
- Hsu1,D.Y., Brieval1, J., Silverberg,N.B., & Silverberg,J.J., (2016). Morbidity and Mortality of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in United States Adults. *Journal of Investigative Dermatology* , 136.
- Thong BY, Tan TC. Epidemiology and risk factors for drug allergy. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 71:684-700 Saeed, H. , Mantagos,I.S., & Chodosh,J., (2016). Complications of Stevens-Johnson syndrome beyond the eye and skin. *Burn*, 42, 20-27.