

การพยาบาลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

ไสว นรสาร *พยม. (การพยาบาลผู้ป่วย)
พจน์ รอดจินดา**วุฒิ. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ Trigeminal Neuralgia หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า "tic dououreux" เป็นโรคของประสาทสมองเส้นที่ 5 ซึ่งอาจเป็นแขนงเดียวหรือหลายแขนง โรคนี้มีอาการปวดเรื้อรังอย่างรุนแรงคล้ายถูกไฟช็อตที่ซึ่กได้ซึ่กหนึ่งบริเวณใบหน้า โดยมีลักษณะดังนี้ ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น เช่น การสัมผัสบริเวณหน้า ทุกดิจ รับประทานอาหาร โถนหนวด แปรปั้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ หรือแม้กระทั่งลมพัดเบาๆ ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรง การใช้ยาแก้ปวดทั่วไปไม่สามารถทำให้อาการปวดทุเลาลงได้ ยาที่ใช้รักษาได้แก่ยาแก้ไข้ Carbamazepine, Phenytoin และอาจให้ร่วมกับ Baclofen ในกรณีที่ใช้ยาไม่ได้ผลแพทย์จะรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งมีหลักวิธี เป้าหมายของ การพยาบาลคือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดอาการทรมานจากการปวดโดยการให้คำแนะนำที่เหมาะสม บทความนี้ได้กล่าวถึง อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษาและบทบาทของพยาบาลในการคุ้มครองผู้ป่วย รวมถึงการรายงานผู้ป่วย 4 รายที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลรามาธิบดี รามาธิบดีพยาบาลสาร 2544; 7(3) : 228-37.

คำสำคัญ Trigeminal Neuralgia, ความปวด

บทนำ

Trigeminal Neuralgia หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า "Tic dououreux" เป็นโรคที่มีอาการปวดบริเวณใบหน้าจากประสาทสมองเส้นที่ 5 (Trigeminal nerves) ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่ออกจากก้านสมองบริเวณพอนส์ (Pons) แยกออกเป็น 3 แขนงที่ปมประสาทแกสซีเรียน (Gasserian ganglion/Pre-ganglionic Trigeminal nerve root) แขนงทั้ง 3 ประกอบด้วย

1. Ophthalmic branch เส้นประวัติบนหน้าผาก ตา กระจกตา จมูก ขมับ เยื่อหุ้มสมอง โพรงจมูก บางส่วนของเยื่อบุจมูก และหนังศีรษะด้านหน้า

2. Maxillary branch เส้นส่วนบนของชากรไกร พัน ริมฝีปากบน แก้ม เพดานปาก โพรงแก้ม และบางส่วนของเยื่อบุจมูก

3. Mandibular branch เส้นชากรไกร พัน ริมฝีปากล่าง เยื่อบุในช่องปาก ลิ้น บางส่วนของใบหูและหูชั้นใน (Auditory meatus) และเยื่อหุ้มสมองส่วนใหญ่ (รูปที่ 1)

*อาจารย์ **พญานาคผู้ป่วย ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ไข้ นรivar และ พอนี โรคอินดา

พัฒนาไปทางที่น้ำดีทางเดินหายใจและ CT

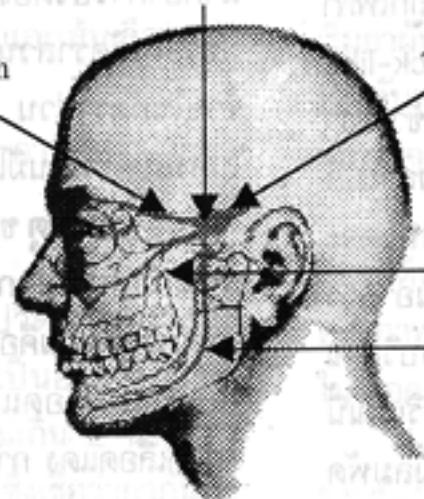
CT แสดงรอยบุ้งสีแดงที่หัวใจในท้องที่มีเส้นเลือดแดง

(Adenocarcinoma) ในกระเพาะปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะ

Ophthalmic branch

Gasserian ganglion



Trigeminal nerve

Maxillary branch

Mandibular branch

รูปที่ 1 แสดง Trigeminal nerves

(ตัดแปลงมาจาก Thelan, et al, Critical Care Nursing Diagnosis and Management. 3rd

St. Louis: Mosby, 1998: 744)

นอกจากระสาสมองเส้นที่ 5 จะรับความรู้สึกตามบริเวณอวัยวะที่แขนงทั้ง 3 ส่วนไปเลี้ยงดังกล่าว แล้ว ประสาสมองเส้นที่ 5 ยังมีหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้แก่ การเคี้ยว การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคี้ยว การอ้าปาก และยังมีหน้าที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนอง ได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนองของขากรรไกร และปฏิกิริยาตอบสนองของกระจากตาก¹

การปวดของ Trigeminal Neuralgia มักเกิดกับแขนงที่ไปเลี้ยงขากรรไกรบนและล่าง (Maxillary and Mandibular branches)^{1,2,3} ทำให้มีอาการปวดมาก ผู้ที่อธิบายอาการของโรคเป็นครั้งแรกคือแพทย์ชาวโรมันและกรีก ความทราบของโรคดูได้จากการแพทย์และสังคมเป็น

บ่งบอกถึงความเจ็บปวดที่รุนแรงของบุคคลในภาพที่ปรากฏตามผ่านโนบสตีนศตวรรษที่ 16 ซึ่งเป็นที่รู้จักกันมากกว่า 300 ปีแล้วว่าเป็นอาการทางคลินิกของโรคต่อมาในราชศตวรรษที่ 17 John Forthergill แพทย์ชาวอังกฤษ (ค.ศ. 1712-1780) เป็นแพทย์คนแรกที่ได้อธิบายถึงรายละเอียดของโรค ดังนั้นเพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้ที่ทำงานจึงมีผู้เรียกชื่อโรคตามชื่อผู้ที่ทำงานว่า "Forthergill's disease" และในปี ค.ศ. 1756 Nicolas Andre' ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสได้อธิบายอาการของผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่มาพบท่านด้วยอาการชาจากการปวดใบหน้า ท่านจึงเรียกโรคนี้ว่า "Tic douloureux" ซึ่งหมายถึงอาการปวดร่วมกับอาการเกร็งกระดูก (painful spasm)²

การพยาบาลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

การพยาบาลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

อาการและการแสดง

Trigeminal Neuralgia มีอาการแสดงที่เฉพาะกล่าวคือ อาการปวดอย่างรุนแรงเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตหรือถูกจี้ด้วยไฟฟ้า (electric shock-like pain) นักเป็นข้างเดียวและโดยมากจะเป็นข้างขวามากกว่าข้างซ้าย การปวดแต่ละครั้งกินเวลาไม่เกินนาทีแล้วหายเป็นปกติ บางรายอาการปวดจะหายไปเป็นเดือนหรือปี แต่เมื่ออายุมากขึ้นอาการปวดจะถีซึ้งและรุนแรงขึ้น ส่วนใหญ่จะมีจุดบริเวณใบหน้าที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากเรียกว่า "Trigger zone" ในรายที่เป็นรุนแรงแม้ลมพัดมาสัมผัสใบหน้าเพียงเบาๆ ก็ทำให้ปวดได้ โดยทั่วไปสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้ปวดได้แก่ การสัมผัส การเคลื่อนไหวของใบหน้า เช่น อ้าปาก เคี้ยว คุย หัว แปรปัน โกรนหนวด แต่งหน้า อาการครรภ์ หรือเย็นเกินไป อาการปวดนี้จะไม่ทุเลาลงด้วยยาแก้ปวดทั่วๆ ไป ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการนำ เช่น มีอาการปวดฟันหรือปวดในโพรงจมูก (Sinus) นำมาก่อน 2-3 ชั่วโมงต่อมาก็มีอาการปวดจริงและทำให้ผู้ป่วยทุกช่วงมานามาก ผู้ป่วยเหล่านี้อาจหาวิธีการต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น ใช้ยาแก้ปวดจนติดยาทั้งๆ ที่ยาแก้ปวดไม่ได้ช่วยให้อาการปวดทุเลาลงเลย ไปพบกับแพทย์เพื่อดูอันฟันโดยไม่จำเป็นทั้งๆ ที่ฟันไม่ผุ¹ เช้ารับการผ่าตัดกระดูกข้อต่อกระดูกเพื่อระบายปวดจนทนไม่ไหว หรือไปรักษาโดยวิธีฝังเข็ม แต่วิธีการดังกล่าวไม่ได้ช่วยทำให้อาการปวดทุเลาลง จากความล้มเหลวในการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้า โกรธ หรือ พยายามฆ่าตัวตาย ที่รุนแรงไปกว่านั้นคือผู้ป่วยโรคนี้อาจถูกคนรอบข้างมองว่าแกคลังทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือไม่ก็ถูกทำว่าเป็นโรคประสาท²

อันดับการณ์ของโรค โรคนี้เกิดกับทุกเพศทุกวัยโดยมากเกิดในคนวัยกลางคนและยิ่งอายุมากอาการปวดยิ่งรุนแรงมาก พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 ต่อ 2 เป็นข้างขวามากกว่าข้างในอัตราส่วน 2 ต่อ 1³ คนที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมืออาชีวะเกิดมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติ

สาเหตุของโรคยังไม่ทราบชัดเจนส่วนใหญ่พบว่ามีเส้นเลือดกดทับเส้นประสาทน้อย บางรายอาจมีสาเหตุอื่นคือ เส้นประสาทถูกกดจากเนื้องอกจากหลอดเลือดแดงโป้งพอง การอักเสบของหลอดเลือดแดง การเสื่อมของปมประสาทแก๊สซีเรียน (Gasserian ganglion) สาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ปวดในหน้า ได้แก่ โรคของฟัน ไข้สั้น ชากรรไกร เริม การอักเสบต่างๆ ของอวัยวะใกล้เคียง การติดเชื้อปวดศีรษะ บาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้องอก โรคจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน หรือในอัลลินถูกทำลายในผู้ป่วย Multiple sclerosis

การวินิจฉัยโรค ได้จากการซักประวัติและคำนออกเล่าของผู้ป่วยร่วมกับอาการแสดงดังกล่าวมาแล้ว จะพบว่าขณะตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่ามักจะไม่ยอมให้แตะบริเวณใบหน้า ในรายที่ปวดมากจะไม่ยอมพูดเพื่อระบายการขับขากรรไกรขณะพูดทำให้รู้สึกปวดมากขึ้น ผู้ป่วยพบว่ามีอาการชาดอาหารเพราไม่กล้าเคี้ยวหรือรับประทาน และส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาในการดูแลสุขอนามัยในช่องปากและใบหน้าด้วย การตรวจร่างกายทั่วไปรวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่พบว่าปกติ ในการซักประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติมควรซักเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ น้ำหนักปัจจุบันเปรียบเทียบกับอดีต รวมถึงภาวะจิตใจในขณะนั้น ในคนสูงอายุต้องแยกจากโรคของฟัน ฟันผุและเส้นเลือดบริเวณนับอักเสบ³ ส่วนการตรวจพิเศษ เช่น

MRI (Magnetic Resonance Imaging) และ CT scan จะช่วยวินิจฉัยโรคที่เกิดจากเนื้องอกสมองส่วนหลัง (Posterior fossa tumor) เส้นเลือดสมองพิการ (Arterovenous malformation) และเส้นเลือดแดงโป่งพองได้

การรักษา มี 2 วิธี คือ การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด^{1, 2, 3}

การรักษาด้วยยา

เนื่องจากโรคนี้อาการปวดจะไม่ทุเลาลงด้วยยาแก้ปวดทั่วๆ ไป เพราะเป็นอาการปวดที่รุนแรงและเกิดขึ้นเป็นช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 2 นาที ยาที่รักษาโรคนี้ได้ผลคือยา鎮静剂 ซึ่งเชื่อว่ายากันชักจะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกที่เข้าสู่ประสาทศูนย์โดยตรง ยาที่นิยมใช้รักษาโรคนี้ คือ Carbamazepine รองลงมา ได้แก่ Phenytoin และ Baclofen

Carbamazepine (Tegretol) โดยจะเริ่มให้ Carbamazepine ก่อนขนาด 100 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง และเพิ่มขนาดยาขึ้นครั้งละ 100 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมงจนกว่าอาการปวดจะทุเลาลง หรือผู้ป่วยมีอาการพิษจากยา ยานี้สามารถให้ได้ในขนาดสูงสุด 1200 มิลลิกรัมต่อวัน หลังจากที่สามารถควบคุมอาการปวดได้แล้วควรลดขนาดยาลงที่ละน้อยและคงไว้ที่ขนาด 200-400 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยร้อยละ 80 หายจากการปวดโดยรักษาด้วยยาที่นี้ พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยขณะได้ยาในเรื่องดังนี้

1. ควรรับประทานพร้อมกับอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้

2. หลีกเลี่ยงสารที่ทำให้แพ้ และไม่ควรใช้ร่วมกับยาแก้ซึมเศร้า หรือสารที่ยับยั้ง MAO

3. ยักษ์กับผู้ป่วยว่า yan ไม่ใช้ยาแก้ปวด ดังนั้นไม่ควรนำไปใช้เมื่อมีอาการปวดที่บริเวณอื่น

4. เก็บยาไว้ในที่เย็นและระวังอย่าให้ถูกแสง
5. เนื่องจากยานี้มีผลต่อการทำงานของตับและเม็ดเลือด ดังนั้นในช่วง 2 เดือนแรกหลังเริ่มยาผู้ป่วยควรมาระบุเช็คเม็ดเลือดและการทำงานของตับทุก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นควรมาระบุตามผลทุกๆ 3 เดือน

6. อาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้คือ เดินเซ ง่วงซึม วิงเวียน คลื่นไส้ ตากระดุก เห็นภาพซ้อน บ้านหมุน เม็ดเลือดขาวต่ำ โซเดียมในเลือดต่ำ

Phenytoin (Dilantin) เป็นยา鎮静剂ที่จะให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการพิษจากยา Carbamazepine Phenytoin ขนาดที่ใช้รักษา คือ 300-500 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ตากระดุก เดินเซ พูดช้า เหงือกโตขึ้น ในผู้หญิงทำให้ขนตก (Hirsutism) นอกจากนี้พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานพร้อมกับอาหารเพื่อลดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร และควรติดตามผล Folic acid และ Vitamin K เพื่อยานี้ทำให้ผู้ป่วยขาดไวดามินทั้งสองตัวนี้ได้

Baclofen (Lioresol) ซึ่งอาจให้ร่วมกับ Phenytoin ในกรณีที่ให้ยาร่วมกันหลายตัวแพทย์จะลดขนาดของยาลงให้น้อยกว่าให้ยาตัวเดียว Baclofen ขนาดที่ให้ คือ 10 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง เพิ่มขนาดได้ 5-10 มิลลิกรัมวันเว้นวันจนสามารถควบคุมอาการปวดได้ ขนาดสูงสุดที่ให้ คือ 80 มิลลิกรัมต่อวันและขนาดที่คงไว้ ประมาณ 50-60 มิลลิกรัมต่อวัน อาการข้างเคียง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพหลอนบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง

ในระหว่างรักษาผู้ป่วยควรมีพยาบาลดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียง

การพยาบาลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

จากยา หลังได้ยาไปแล้วเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการปวดประมาณ 4-6 สัปดาห์แพทย์จะพิจารณาลดขนาดยาลง สิ่งสำคัญที่พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยคือผู้ป่วยต้องรับประทานยาสามมื้อเสมอ ห้ามหยุดยาเอง การหยุดยาอย่างกระทันหันจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่สำคัญคือ อาการชาและประสาทหลอนได้ การหยุดยาแพทย์จะค่อยๆลดขนาดยาลงแล้วจึงให้หยุดการรักษาโดยการผ่าตัด

ผู้ป่วยร้อยละ 80 รักษาด้วยยาได้ผล ในรายที่ทนอาการแทรกซ้อนของยาไม่ได้หรือมีอาการดื้อยาภายในหลังการรักษาแพทย์จะรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีหลายวิธี² เช่น

Percutaneous Radiofrequency retro-gasserian Rhizotomy เป็นการควบคุมความปวดโดยใช้ความร้อนจีปมประสาทแกสซีเรียน (Gasserian ganglion) เพื่อทำลายประสาทรับความรู้สึกปวดโดยผ่านเข้าทาง Foramen ovale วิธีนี้เป็นที่นิยมทำกันทั่วโลกโดยเฉพาะในผู้ที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล และในผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ และผู้ที่ยอมรับว่าจะมีอาการชาที่หน้าตลอดไปภายหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ หลังผ่าตัดอาการปวดจะหายไปทันทีและสามารถกลับบ้านได้ภายในวันนั้นไม่ต้องนอนพักที่โรงพยาบาล อาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ต้องแนะนำผู้ป่วยก่อนรับการรักษา คือ การจัดด้วยความร้อนทำให้ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวถูกทำลายไปด้วยตั้งนั้นจึงทำให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอ่อนแรง และถ้าแข็งที่ 1 ซึ่งเป็นแข็งที่ไปเลี้ยงกระดูก ถูกทำลายไปด้วยจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกที่กระดูก เกิดการติดเชื้อที่กระดูกได้ง่าย

Percutaneous Glycerol Rhizotomy (Chemoneurolysis) เป็นการฉีดสาร กลีเซอรอลขนาด

น้อยๆ เข้าไปที่ปมประสาทแกสซีเรียนเพื่อทำลายประสาทที่กระดูกให้เกิดอาการปวด อาการปวดจะลดลงหลังจากฉีดยาแล้ว 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่มีอาการปวดเลยเป็นเวลา 1-2 ปี³

Percutaneous balloon micro-compression เป็นการใช้บอลลูนกดที่ปมประสาทแกสซีเรียนหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในห้องพักพื้น อาจใช้กระเปน้ำแข็งประคบเพื่อลดปวดใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังทำสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้

พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ใช้วิธีผ่าตัดแบบ Percutaneous ทั้ง 3 วิธีในเรื่องต่อไปนี้

1. เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อน กล่าวคือ อาจชาที่หน้าอย่างถาวรและถ้าผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึกที่กระดูกตัวขวาใช้น้ำตาเทียมหยอดตา และเตือนให้ผู้ป่วยระวังอย่าเหลือข้อต่อ ระวังการบาดเจ็บที่ตา หมั่นตรวจสอบว่ามีตาแดงหรือไม่เมื่อพบอาการผิดปกติต้องรีบมาพบแพทย์

2. ผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้สึกที่ปากและขา กรณีกร่างดังนั้นควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

3. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มร้อนๆ เพราะความร้อนจะทำลายเยื่อบุในช่องปากได้โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึก (เนื่องจากอาการชาของใบหน้า)

4. หลีกเลี่ยงการกัดของแข็ง เคี้ยวอาหารด้วยความระมัดระวังหลีกเลี่ยงการเคี้ยวด้านที่ปวด และหลีกเลี่ยงไม่ให้ใบหน้ากระแทบความร้อนหรือเย็นเกินไป

Temporary nerve lesion เป็นการฉีดแอลกอฮอล์ หรือฟีนอล (Alcohol or Phenol block) เข้าไปที่ปมประสาทแกสซีเรียนเพื่อยุติการทำงานของประสาทสมองคู่ที่ 5 หลังจากนั้นผู้ป่วยจะรู้สึกชา

และไม่มีอาการปวดเป็นเวลาหลายเดือนหรือเป็นปี สามารถฉีดชาได้จนกว่าอาการปวดจะดีขึ้น แต่การฉีดบ่อยๆ ทำให้เกิดผลเป็นจากการอยฉีดยาซึ่งผลเป็นนี้จะระดับทำให้มีอาการปวดรุนแรงกว่าเดิมได้ ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีนี้จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งมีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เพราะทำง่ายและผู้สูงอายุก็ได้ การรับความรู้สึกเพียงแค่ฉีดยาชาเฉพาะที่

Microvascular decompression เป็นการผ่าตัดเอาเส้นเลือดที่กดประสาทออก เส้นเลือดที่มีโอกาสกดประสาทสมองเส้นที่ 5 คือ Superior Cerebellar artery กดด้านบนของประสาทสมอง หรือ Anterior inferior Cerebellar artery ด้านจากด้านล่าง นอกจากนี้ประสาทเส้นที่ 5 อาจถูกกดจากเส้นเลือดดำที่อยู่ใกล้เคียง บางรายอาจมีเส้นเลือดหลอยๆ เส้นมากดประสาทเส้นนี้ Microvascular decompression มักทำในรายที่ไม่มีความเสี่ยงในการผ่าตัดใหญ่และเพื่อหลีกเลี่ยงอาการแทรกซ้อนจากการชาที่หน้า วิธีการผ่าตัดต้องดมยาสลบและใส่ห่อหลอดลมคอ หลังผ่าตัดอาจมีอาการปวดศีรษะและปวดแพลง แต่อการปวดจากประสาทใบหน้าจะดีขึ้น ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้อาจมีอาการอีกได้ (recurrence) ซึ่งโอกาสเกิดขึ้นมีพอยกับวิธี Percutaneous Radiofrequency retrogasserian Rhizotomy อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดภายหลังผ่าตัด เช่น เสือดาวอกในสมอง ประสาทสมองถูกทำลาย สูญเสียการได้ยิน น้ำในสันหลังรั่วซึม (ทราบโดยผู้ป่วยจะรู้สึกมีรสเผ็ดๆ ในปาก หรือมีน้ำใสๆ ไหลออกจากจมูก) อัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น อัตราการเกิดอาการแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เกินร้อยละ 3 สำหรับการดูแลหลังผ่าตัดเหมือนกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง

ส่วนท้ายทอย กล่าวคือต้องมีการประเมินระบบประสาทประเมินการตอบสนองของม่านตา ตลอดจนการทำงานของประสาทสมองเส้นที่ 5 ทั้งในด้านการรับความรู้สึกและด้านเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น การเคี้ยว การอ้าปาก ยิ่งพ่น เป็นต้น ก่อนกลับจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลควรให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารปากและกล้ามเนื้อปากโดยการอ้าปากบ่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคี้ยว (Masseter muscle) อ่อนแรง นอกจานี้ในปัจจุบันยังมีวิธีการรักษาโดยรังสีศัลยกรรม (Stereotactic Neurosurgery: Gamma Knife therapy)⁵ วิธีนี้ผู้ป่วยไม่มีผลผ่าตัดและไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนานแต่ค่าใช้จ่ายสูงและผลการรักษายังไม่แน่นอน

การเลือกวิธีการได้ว่าเหมาะสมหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับหลักปัจจัย เช่น ถ้าสาเหตุของความปวดมาจากการเส้นเลือดกดปั๊มประสาทแพทย์จะทำการผ่าตัดเพื่อกำจัดดันเหตุนั้นออกไป หรือในผู้สูงอายุถ้าเข้ารับการรักษาด้วยวิธี Microvascular decompression จะมีความเสี่ยงและอัตราความพิการสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะยอมรับผลแทรกซ้อนที่ตามมาภายหลัง การรักษาหรือไม่ อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะรักษาโดยวิธีใด สิ่งที่พยาบาลต้อง叮嘱ก่อนคือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ดังที่กล่าวมาแล้วการรักษาแต่ละวิธี มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจต้องให้ผู้ป่วยยอมรับอาการเสี่ยง อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เข้าใจในภัยหลัง กรณีศึกษาดังจะกล่าวต่อไปนี้เป็นตัวอย่างอาการ อาการแสดง และวิธีการบรรเทาปวดของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด พัฒนาอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

ควรนำมาพิจารณาเพื่อหาแนวทางในการให้การพยาบาล และคำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษา

ข้อมูลจากแผนกเวชสหัตถแพทยานามบินดี พบว่าในช่วง 1 มกราคม 2543 – 30 มิถุนายน 2544 (ระยะเวลา 18 เดือน) มีผู้ป่วย Trigeminal Neuralgia นารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอกจำนวน ก้อนสัน 53 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่รับไว้ผ่าตัดใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท เพียง 4 ราย แต่ละ รายมีประวัติโดยย่อดังนี้

รายที่ 1 หญิงไทยครึ่ง อายุ 41 ปี อาชีพ บริษัทการมาด้วยอาการปวดเกร็งกระดูกและเจ็บ แปลบๆ เมื่อนไฟฟ้าช็อตที่มุนปากซ้ายและร้าวไป หน้าหู ไม่มีอาการชาที่หน้า จะมีอาการปวดมาก เวลารับประทาน เคี้ยว พุด เวลาล้างหน้าไม่สามารถ ลูบหน้าซ้ายนั้นได้เลย เป็นมาประมาณ 3 ปี ไป รักษาที่โรงพยาบาลประสาทได้ยา Carbamazepine นารับประทาน ช่วงแรกหลังรับประทานยาอาการ ปวดหายไป แต่ระยะหลังรับประทานยาแล้วอาการ ปวดไม่ทุเลาลง แพทย์บอกว่าต้องยาเพิ่มได้ยามานาน ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด Neurovascular decompression หลังผ่าตัดอาการปวดหายไป แต่มี อาการหือ อืดอิญเสียงในหูและมีน้ำไหลลงคอ ผู้ป่วย นอนโรงพยาบาล 6 วันแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนกลับอาการหืออืดซึ้น และไม่มีน้ำ ไหลลงคอ

อีก 13 เดือนต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดที่หน้า อีกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Recurrence Trigeminal Neuralgia จากการกดของ Superior Cerebellar Vein ได้รับการผ่าตัดทำ Cauterization of Superior Cerebellar vein ที่ติดกับประสาทเส้นที่ 5 ด้าน

ซ้าย หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการชาที่ลิ้นและมุนปาก บนและล่างซึ่งเป็นผลกระแทกจากการเจ็บเส้นเลือดดำ ที่ติดกับประสาทเส้นที่ 5 แพทย์นัดตรวจอีก 4 เดือน หลังจากนั้นแต่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์อีกเลย

รายที่ 2 ชายไทยครึ่ง อายุ 57 ปี อาชีพ รับจ้าง มาด้วยอาการเจ็บใบหน้าซึ่งความประมวล 10 ปี เป็นๆ หายๆ เวลาปวดจะรู้สึกปวดแบบ ปวดร้อน จะปวดมากขึ้นเวลาแปร่งฟัน หรือล้ม พัดโดนใบหน้า หลังรับประทาน Carbamazepine แล้วดีขึ้น แต่ระยะหลังยามีช่วยให้ทุเลาปวดเล็ก จึงมารับการผ่าตัด Neurovascular decompression นอนโรงพยาบาล 6 วัน หลังผ่าตัดอาการปวดหายไป แต่มีอาการชาที่ได้ตามาเป็นบางครั้ง

รายที่ 3 หญิงไทยสอง อายุ 29 ปี ทำงาน บริษัท มาด้วยประวัติว่า มีอาการปวดแบบปวดร้อน ที่หน้าซึ่งชาหลังจากที่ไปดัดฟันแล้ว 6 เดือน หลังได้รับการถอนฟันซึ่งสุดท้ายแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาการปวดเป็นบริเวณแก้ม คง ด้านขวา เป็นครั้งละ ประมาณ 15-30 นาที ได้ยา Carbamazepine รับประทานแต่อาการไม่ดีขึ้น บางครั้งจะรู้สึกปวด เมื่อนเข้มแหงและสะตุ้งตื่นเวลาลากางคีน ระยะ เวลาที่สั้นที่สุดที่เป็น คือประมาณ 5 นาที มีอาการ ทุกวัน แต่เวลาหายจะหายสนิทไม่มีอาการเจ็บเสียว บริเวณใบหน้าเลย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Neurovascular Decompression นอนพักที่โรงพยาบาล 8 วัน จึง กลับบ้านได้ หลังผ่าตัดไม่มีอาการปวดและไม่มี อาการชาที่หน้าอีก

รายที่ 4 ชายไทย ครึ่ง อายุ 57 ปี มาด้วย ประวัติปวดฟันและรามซัวหงส์ตอนฟันแล้วอาการ ปวดไม่ทุเลาลง เวลาปวดจะรู้สึกเหมือนปวดฟัน เจ็บแปลบๆ เคี้ยวหรือเอามือโขนหน้าด้านขวาไม่ ได้เลย มีลมพัดใบหน้าก็ปวด เป็นครั้งละประมาณ

1 นาที วันละ 3 ครั้ง ผู้ป่วยได้ยา Carbamazepine รับประทานมาประมาณ 1 ปี ผลการตรวจ MRI (Magnetic Resonance Imaging) พบว่ามีเนื้องอกขนาดเล็กในศูนย์กลาง 1 เซนติเมตรกดทับเส้นประสาทเส้นที่ 5 ด้านขวาจึงเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด Neurovascular Decompression with remove tumor หลังผ่าตัดไม่มีอาการปวดอีกแต่มีอาการชาหน้าซึ่งหาย และปฏิริยาการตอบสนองของม่านตาขำดลง ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 6 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

จากการณ์ศึกษาจะเห็นว่ามีผู้ป่วยเพศหญิงและชาย ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการที่รุนแรงแตกต่างกัน ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยรายที่ 3 และ 4 ไปพบทันตแพทย์ และถอนฟันก่อนที่จะเข้ารับการรักษา กับแพทย์ทางระบบประสาท ทั้ง 4 รายได้รับยา Carbamazepine เพื่อรักษาในระยะแรกพบว่าได้ผลในผู้ป่วย 3 ราย ยกเว้นผู้ป่วยรายที่ 3 มีอาการปวดนานประมาณ 15-30 นาที หลังได้ยา กันซักไม่ตีชั้น แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Atypical Trigeminal Neuralgia ซึ่งจะมีอาการคือปวดนานกว่าปกติและไม่ตอบสนองต่อยากันซัก³ การรักษาในขั้นต่อมาที่ผู้ป่วยได้รับคือการผ่าตัด Neurovascular decompression หลังผ่าตัดแม้อาการปวดจะหายไปแต่สิ่งที่พยาบาลต้องคำนึง คือบางรายเกิดอาการชาหน้าซึ่งที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อเข้ารับการผ่าตัดประเภทนี้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ข้อมูลทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพที่อาจเกิดขึ้นและป้องกันการฟ้องร้องที่เกิดจากการเข้าใจผิดของผู้ป่วยและญาติได้ นอกจากนี้ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรย้ำถึงวิธีการปฏิบัติในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อ ในหน้า ในกรณีที่เกิดอาการชาที่ใบหน้า (ซึ่งวิธี

ผ่าตัด Microvascular decompression เกิดน้อย แต่วิธี Percutaneous (เกิดทุกราย) พยาบาลควรแนะนำเมื่อจำเป็นต้องไปรับประทานอาหารในที่ชุมชน ควรพกผ้าเช็ดปากและกระเจลลิกๆ ติดตัวไว้เป็นประจำเพื่อป้องกันไข้ให้อาหารเหลือเทอะบริเวณปากและอาจทำให้ผู้ป่วยอย่างถ้าปราศจากตัวในที่ชุมชน

โดยสรุปคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน คือ

1. ในรายที่ได้ยา Carbamazepine หรือ Phenytoin ยาทั้ง 2 ตัวมีผลต่อการทำงานของตับ และเม็ดเลือดจึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์สม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาเอง ถ้ามีอาการผิดปกติ ต้องรีบมาพบแพทย์

2. ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหลังผ่าตัดถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น บวมแดง มีไข้ มีสิ่งคัดหลัง หรือน้ำไขสันหลังรั่วซึม (ทราบได้โดยรู้สึกเค็มๆ ในปากหรือมีน้ำใสๆ ไหลออกจากจมูก) ต้องรีบมาพบแพทย์

3. ถ้ามีอาการชาที่หน้าต้องหลีกเลี่ยงอันตราย บาดเจ็บที่อาจเกิดกับใบหน้า หรือปาก และต้องไปตรวจกับทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ

4. การดูแลสุขอนามัยของปากและใบหน้า โดยใช้แปรงฟัน แปรงฟันเบาๆ หลีกเลี่ยงการโกรนหนวดและการแต่งหน้าในรายที่เป็นรุนแรง

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่กระดุนให้เกิดการปวด เช่น อาหารสเปรี้ยว ช็อกโกแลต หมากฝรั่ง ควรรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารที่เคี้ยวง่าย อุณหภูมิอาหารควรเป็นอุณหภูมิห้อง⁶

6. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น อาการร้อน หรือเย็นจัด

การพยาบาลผู้ป่วย Trigeminal neuralgia

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนกราบขอบพระคุณผศ.นพ.ทวีศักดิ์
จันทร์วิทยานุชิต อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน<sup>ศัลยกรรมประสาท ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณาช่วย
ให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
ทำให้บทความนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น</sup>

เอกสารอ้างอิง

1. Hickey JV. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Raven Company, 1997, 697-700.

2. McConaghay DJ. Trigeminal Neuralgia: A personal review and nursing implications. *Journal of Neuroscience Nursing* 1994; 26(2):85-90.
 3. Barker E. *Neuroscience Nursing*. St. Louis: Mosby, 1994:448-55.
 4. Burchiel KJ & Slavin KV. On the natural history of Trigeminal Neuralgia. *Neurosurgery* 2000; 46 (11):152-5.
 5. Costa ME. Trigeminal Neuralgia: Excruciating pain around lips, forehead, or cheek signals this common neuropathy. *American Journal of Nursing*. 1998; 98(6):42-3.
 6. Geary, S.M. Nursing Management of Cranial Nerves Dysfunction. *Journal of Neuroscience Nursing* 1995; 27(2):102-8.

บทความวิชาการ: คติเชื่อถือทางจิตวิทยาและการรักษาในผู้ป่วย Trigeminal Neuralgia

Nursing care of patients with Trigeminal neuralgia

(Significant other)

Savai Norasan* M.S.N. (Adult Nursing)

Podjanee Rodjinda** M.S. (Counseling Psychology)

Abstract Trigeminal Neuralgia, also known as "tic douloureux", is a chronic severe pain affecting one or more branches of the fifth cranial nerve. Its characteristic is severe unilateral electric shock-like facial pain, and lasts from a few seconds to a few minutes. A gentle touch, talking, eating, shaving, brushing teeth, change in temperature or even a slight breeze can precipitate an attack of severe pain. Because of the extreme intensity and brief duration of the pain, narcotic analgesics rarely help. Carbamazepine, an anticonvulsant, is the most commonly used to control this pain. In case Carbamazepine is not successful or cannot be tolerated, Phenytoin and Baclofen can be given. Neurosurgical procedures will be recommended if the medication fail to control pain. The goal of nursing care is to help patient control pain effectively and relieve their suffer by giving the appropriate advice.

This article described signs, symptoms, options of treatments, and nurse's roles.

The study of four patients admitted in Neurosurgical ward, Ramathibodi Hospital, was reported. Rama Nurs J 2001; 7(3) : 228-37.

Keywords: Trigeminal Neuralgia, Pain

บทนำ
การดูแลผู้ป่วย Trigeminal Neuralgia
เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรง
ที่สุดในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด
ที่รุนแรงและบันดาลใจ ทำให้เกิดความไม่สงบ
และการสูญเสียที่เกิดขึ้น ไตรจีเมเนล เป็นการรักษา¹
ที่สำคัญที่สุด สำหรับผู้ป่วย Trigeminal Neuralgia²

1. ลดความเจ็บปวด (Relieve pain)
2. ลดความเครียด (Relieve stress)
3. ค่าร้อง (Bargaining) น้ำนมงาน
การรับรู้การสูญเสีย แต่ยังพยายามอย่างหนาสาหัส
4. ซึ้งเศร้า (Depression) ภัยคุกคาม

*Lecture, **Head nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Attitude toward cancer diagnosis, reaction to cancer and adaptation in breast cancer patients

Somchit Hanucharumkul* RN., PhD.

Charuwan Kritpracha** M.N.S.

Vorachai Ratanatharathorn*** M.D. The American Board of Internal Medicine and Medical Oncology.

Abstract The purposes of this descriptive research were (1) to explore the attitude toward cancer diagnosis and reaction to cancer, (2) to determine the relationship between reaction to cancer and adaptation in breast cancer patients. Roy's Adaptation Model was used to guide this study. The sample consisted of 40 breast cancer patients. Data was collected three times : the first month, the second and the third month after patients knew their diagnosis. Results of the study indicated that most of patients had negative attitude toward cancer. The mean scores on confronting response to cancer and the adaptation increase significantly on the second and the third month. Patients who had positive attitude had significantly more confronting response than those who had negative attitude. Results also revealed positive relationship between reaction to cancer by confronting response with adaptation in the first, the second, and the third month. Furthermore, confronting response at the first month was positively correlated with adaptation at the second and third month, and confronting response at the second month was also positively correlated with adaptation at the third month. Rama Nurs J 1997; 3(1) : 34-45.

Keywords: attitude toward cancer, reaction to cancer, adaptation, breast cancer

Roy's model

* Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

** Department Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Songklanakarin University.

*** Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.