

บทที่ 12

ผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

มาโนช หล่อตระกูล

ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ เมื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจนภาวะทางกายเป็นปกติแล้ว พบไม่น้อยว่าเขามีปัญหาทางจิตใจหรือบุคลิกภาพตามมา ในหลายๆ ครั้งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบภาระหน้าที่ได้ดังเดิม หรือเป็นปัญหาแก่ญาติพี่น้องอยู่เนืองๆ

การบาดเจ็บบริเวณศีรษะจากอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ทั้งสมองส่วนที่ถูกกระแทก (coup injury) หรือส่วนตรงข้ามกับที่ถูกกระแทก (contrecoup injury) ส่วนของสมองที่พบบาดเจ็บได้บ่อยได้แก่บริเวณ anterior temporal lobe และ inferior frontal lobe

การบาดเจ็บบริเวณศีรษะ แม้อาจมีการเปลี่ยนแปลงในระดับพยาธิสภาพไม่มาก แต่พบว่าปริมาณของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปมาก ทำให้รีเซพเตอร์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงเกิดอาการต่างๆ ตามมา

อาการและอาการแสดงทางจิตเวชของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไปได้มาก บางอาการก็ขึ้นกับตำแหน่งที่บาดเจ็บ (ดูตารางที่ 1) การรักษาในส่วนนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการบรรเทาอาการมากกว่าจะทำให้หายขาด อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการทางความคิดความจำ (cognitive impairment) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาการทางอารมณ์ อาการโรคจิต และอาการก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น

ตารางที่ 1 อาการของ frontal lobe syndrome

บริเวณสมอง	อาการ
Orbitofrontal cortex (disinhibited)	ขาดความยับยั้งชั่งใจ หุนหันพลันแล่น คี๊กะนอง ลามก เปลี่ยนความสนใจง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
Dorsolateral prefrontal cortex (apathetic)	เซื่องช้า เฉยเมย (โกรธรุนแรงถ้ามีคนมากระตุ้นให้ทำอะไร) ไร้อารมณ์ ทำซ้ำๆ ไม่เข้าสังคม ขาดความริเริ่ม ขาดความคิดเชิงนามธรรม ความคิดไม่ยืดหยุ่น
Medial frontal cortex (akinetiic)	อยู่เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงท่าที พุดน้อย

ลักษณะอาการและการดูแลรักษา

ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ความสามารถและศักยภาพเดิมของผู้ป่วยก่อนประสบอุบัติเหตุ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ การดื่มสุราขณะเกิดเหตุ สภาพแวดล้อมและครอบครัวที่เกื้อหนุน เป็นต้น

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไวต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดังนั้นแนวการให้ยาคือ "เริ่มขนาดต่ำ เพิ่มยาช้าๆ" การตอบสนองต่ออาการมักค่อยเป็นค่อยไป อาการดีขึ้นทีละเล็กทีละน้อย เมื่อปรับยาจนได้ขนาดเต็มที่แล้วอาจต้องรอดูการตอบสนองเป็นเดือน กว่าจะบอกว่ายาขนาดนั้นไม่ได้ผล

การรักษาในที่นี้กล่าวถึงการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามควรคำนึงว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาทางจิตใจในด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตนว่าอะไรที่เขาพอจะทำได้ อะไรทำไม่ได้ การให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ การดึงญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

1. อาการทางความคิดความจำ ได้แก่ สมาธิลดลง ไม่สามารถสนใจเรื่องอะไรได้นานๆ ความจำบกพร่องลง ความสามารถในเชิงการจัดการ เชิงแก้ไขปัญหา (executive function) บกพร่องลง

การรักษา

ให้ methylphenidate เริ่มขนาด 5 มก. (เม็ดละ 10 มก.) เข้า-เที่ยง เพิ่มได้จนถึง 30 มก.ต่อวัน อาการข้างเคียง ได้แก่ กระสับกระส่าย กระตุ่นอาการโรคจิต และซึมเศร้าถ้าหยุดยาเร็ว

2. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะหากการบาดเจ็บเกิดบริเวณสมองส่วน prefrontal นิสัยเดิมบางอย่างจะปรากฏเด่นชัดขึ้น หรือบุคลิกอาจเปลี่ยนไปจากเดิม การตัดสินใจจะไม่ค่อยเหมาะสม ทำตัวไม่ถูกกาลเทศะ พูดจาหยาบคาย ขาดการยับยั้งชั่งใจในเรื่องเพศ ปล่อยเนื้อปลอยตัวไม่สนใจตัวเอง ชอบทำอะไรเสี่ยงๆ

การรักษา

2.1 Valproate เริ่มให้ขนาด 200 มก. วันละ 2 ครั้ง เพิ่มได้จนถึงขนาดประมาณ 1,000 มก./วัน หรือระดับยา 50-100 มก./มล. อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ง่วงซึม คลื่นไส้ มือสั่น หากอาการดีขึ้นแล้วในระยะยาวอาจลดลงเหลือ 500 มก./วัน

2.2 Carbamazepine เริ่มให้ขนาด 100 มก. วันละ 2 ครั้ง เพิ่มจนขนาดประมาณ 600 มก./วัน หรือระดับยา 4-12 มก./มล. หากปรับยาเร็วผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงง่วงซึม วิงเวียน เดี๋ยวเซ

3. อาการทางอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว อารมณ์รุนแรง เวลาโกรธจะโกรธมากเกินเหตุ ควบคุมตัวเองไม่ได้ พบไม่น้อยที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณ frontal ด้านซ้าย ผู้ป่วยบางรายมีอาการวิตกกังวลง่าย ในผู้ป่วยบางรายอาการซึมเศร้าเป็นจากปรับตัวไม่ได้ต่อความเจ็บป่วยของตนเองตลอดจนปัญหาต่างๆ ที่ตามมา

นอกจากอาการซึมเศร้าบางรายอาจพบอาการแมเนีย ได้แก่ พูดมาก เชื้อมั่นตัวเอง ใ้อวด ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ มากมาย

ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการ emotional incontinence (pathological laughing/crying)

การรักษา

3.1 อาการซึมเศร้าและ emotional incontinence รักษาด้วย selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ขนาดเท่ากับที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า(ดูเรื่องโรคซึมเศร้า) หรือ nortriptyline 25-50 มก./วัน

3.2 อาการแฉะรักษาด้วย valproate หรือ carbamazepine การให้ยาเช่นเดียวกับในข้อ 2

4. อาการโรคจิต อาจพบอาการตั้งแต่ไม่ไวใจคนข้างเคียง หวาดระแวง ไปจนถึงอาการหลงผิดว่ามีคนกลั่นแกล้งทำร้าย มีหูแว่ว

การรักษา

ให้การรักษาด้วย haloperidol เริ่มขนาดต่ำ 0.5 มก. วันละ 2 ครั้ง ค่อยๆ เพิ่มทุก 3-5 วัน จนได้ขนาดประมาณ 6 มก.ต่อวัน หากมีอาการง่วงซึมให้รวบเป็นเม็ดละ 5 มก.กินครั้งเดียวก่อนนอน

5. อาการก้าวร้าวรุนแรง เป็นอาการที่พบได้บ่อย ก่อนให้การรักษาทางยาควรประเมินว่าอาการของผู้ป่วยเป็นจากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้างหรือไม่ หากประเมินแล้วเห็นว่าเป็นจากปัจจัยทางชีวภาพ ในกรณีที่เป็นอาการเฉพาะหน้าให้การรักษาโดยยารักษาโรคจิต หรือ benzodiazepine สำหรับการป้องกันระยะยาวในผู้ป่วยที่มีอาการนี้บ่อยๆ ยาที่ได้ผลได้แก่ carbamazepine โดยให้เช่นเดียวกับในข้อ 2

5. Postconcussion syndrome ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะโดยไม่หมดสติหรือหมดสติไม่เกิน 20 นาที มักไม่ได้อยู่โรงพยาบาลหลังการบาดเจ็บ การตรวจทางระบบประสาทไม่พบความผิดปกติอะไรชัดเจน อย่างไรก็ตามพบไม่น้อยว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาทาง cognitive เช่น สมาธิ ความจำ การคิดอ่าน และ information-processing บกพร่องลง เชื่อว่าอาการเหล่านี้เป็นจาก diffuse axonal injury ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ หงุดหงิดง่าย โดยทั่วไปหลังจาก 3 เดือนแล้วอาการมักดีขึ้น การรักษาให้การรักษาตามอาการดังข้อต่างๆ ข้างต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Cummings JL. Clinical neuropsychiatry. Orlando: Grune & Stratton, 1985:57-67.
2. Duffy JD, Campbell JJ. The regional prefrontal syndromes: A theoretical and clinical overview. J Neuropsychiat Clin Neurosci 1994; 6:379-87.
3. Silver JM, Hales RE, Yudofsky SC. neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. In: Yudofsky SC, Hales RE, eds. The American psychiatric press textbook of neuropsychiatry. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992:363-96.