

Management of Trigeminal Neuralgia

พศ.กน.ดส. ทีชายุ พลาญกูร จอร์นส

คลินิกบำบัดความปวดที่ช่องปากและใบหน้า ภาควิชาเวชวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Q: จะวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นโรค trigeminal neuralgia ได้อย่างไรและจะต้องวินิจฉัยแยกโรค กับโรคใดบ้าง

A: การวินิจฉัยโรค trigeminal neuralgia อาศัยการซักประวัติอาการปวดของผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยผู้ป่วยต้องมีอาการปวดแปล๊บๆ จี๊ดๆ หรือเหมือนโดนไฟฟ้าช็อต ที่บริเวณฟันหรือใบหน้า ตามบริเวณที่เลี้ยงด้วยแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (trigeminal nerve) อาการปวดเป็นๆหายๆ เวลาปวดจะมีอาการอยู่ไม่เกิน 2 นาที และอาการปวดต้องถูกกระตุ้นโดยการสัมผัสอันแผ่วเบา เช่น ลูบหน้า ล้างหน้า รับประทานอาหาร แปรงฟัน โดนลมพัดโดนใบหน้า หรือในรายที่มีอาการรุนแรง สามารถปวดขึ้นมาได้เองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น โรคนี้มักเกิดขึ้นกับผู้หญิงอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปและจะมีอาการปวดบริเวณแขนงของเส้นประสาท maxillary และ mandibular มากกว่าแขนง Ophthalmic

ควรมีการวินิจฉัยแยกโรคนี้จาก อาการปวดฟันเนื่องจากมีฟันผุ ฟันสึก หรือฟันแตกแตก

ทะลุโพรง ประสาทฟัน ทำให้มีการอักเสบของโพรงประสาทฟัน (pulpitis) ซึ่งจะมีอาการปวดที่คล้ายคลึง กันมาก แต่แตกต่างกันที่อาการปวดฟันมักจะถูกกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ (thermal change) ภายในช่องปาก เช่น การดื่มน้ำเย็น เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรมีการวินิจฉัยแยกโรคนี้จาก โรคปวด neuropathic pain ชนิดอื่นๆ ที่ใบหน้า เช่น การปวดเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 จาก trauma หรือ จากการทำหัตถการในช่องปาก (trigeminal neuropathic pain) การปวดภายหลังงูสวัด (postherpetic neuralgia)

Q: จำเป็นต้องมีการ investigate เช่น ถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติมหรือไม่

ควรถ่ายภาพรังสีของฟันและอวัยวะในช่องปากในกรณีที่สงสัยว่าอาการปวดที่มีสาเหตุมาจากฟัน เท่านั้น ในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุการเกิดโรค trigeminal neuralgia น่าจะมาจาก การกดทับของเส้นประสาทสมองโดยหลอดเลือดสมองที่อยู่ใกล้เคียง (neurovascular compression

theory) นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วย trigeminal neuralgia นั้นมีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพสภาพที่บริเวณ posterior fossa ในบริเวณ root entry zone (REZ) ของ trigeminal nerve เช่น brain tumor/cyst การถ่ายภาพ CT หรือ MRI เพื่อแยกโรคดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นในกรณีที่มีความผิดปกติของการทำงานที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ร่วมกับ หรือในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 35 ปี

Q: ยาที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการผู้ป่วย trigeminal neuralgia คือยาชนิดใด และจะมีการบริหารยาอย่างไร

A: ยาหลัก (drug of choice) คือยากันชักในกลุ่ม sodium channel blocker เช่น carbamazepine หรือ oxcarbazepine เท่านั้น ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันผลการรักษาและมีการทำ systematic review โดยจะมีการให้ยาในขนาดต่ำๆ ก่อนเช่น ครั้งเม็ดก่อนนอน หลังจากนั้นจึงมีการเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ (ทุก 3 วัน) จนถึงขนาดยาที่สามารถควบคุมความปวดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ก่อนให้ยาควรมีการประเมิน CBC, electrolyte และ liver function test ของผู้ป่วย

Q: ข้อควรระวังในการใช้ยา carbamazepine คืออะไร

A: ในกลุ่มผู้ป่วยชาวเอเชียโดยเฉพาะเชื้อสายจีน และ ไทย มักพบว่ามีอัตราการเกิดผื่นแดง

คัน (maculopapular rash) ในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยชาวตะวันตกมาก นอกจากนี้้อัตราการเกิดอาการแพ้ทางผิวหนังชนิดรุนแรง (Stevens Johnson Syndrome) ยังพบในอัตราที่สูงมากโดยจะสัมพันธ์กับ ยีน HLA-B*1502 ซึ่ง ควรมีการตรวจ HLA screening ก่อนเริ่มให้ยา carbamazepine ในครั้งแรก

นอกจากนี้ มีข้อควรระวังในการเริ่มให้ยาครั้งแรก ถ้าให้ยาในปริมาณสูงเกินไป สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงเช่น ง่วง มีนงง เดินเซ ได้ง่ายมาก ดังนั้นควรมีการเริ่มในขนาดต่ำๆ และควรเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ

Q: มียากันชักกลุ่มอื่นอีกหรือไม่ในการรักษาโรค trigeminal neuralgia

ในกลุ่มที่แพ้ยาหรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยา carbamazepine ได้ ควรมีการเปลี่ยนยาเป็น oxcarbazepine ซึ่งให้ผลลดปวดใกล้เคียงกับยา carbamazepine แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ในกรณีที่แพ้ยาทั้งสองตัวข้างต้น อาจมีการให้ยากันชักกลุ่ม sodium channel blocker ตัวอื่นๆ เช่น valproic acid หรือ lamotrigine เป็นต้น ส่วนยากันชักในกลุ่ม calcium channel blocker เช่น gabapentin หรือ pregabalin อาจใช้ร่วมด้วย (combination) ในกรณีที่ยังคงมีอาการปวดรุนแรงอยู่

Q: ถ้าอาการดีขึ้นสามารถหยุดยาได้หรือไม่

A: ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก สามารถลดขนาดยาลง จนสามารถหยุดยาได้ถ้าผู้ป่วยหายปวดมากกว่า 1 เดือน พบว่าในช่วงแรกของโรค trigeminal neuralgia มักพบว่าอาการปวดของผู้ป่วยสามารถหายไปตัวเอง (natural remission period) เป็นระยะเวลาสั้นก่อนเริ่มกลับมาปวดใหม่

Q: ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ควรทำอย่างไร

A: ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อยา หรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ ควรมีการพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดสมองเพื่อแยกสิ่งที่กดทับออก (microvascular decompression surgery) โดยเฉพาะในรายที่มีการยืนยัน การกดทับของเส้นเลือดจากภาพถ่าย MRI

ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ หรือ มีโรคประจำตัวจนทำให้ไม่สามารถผ่าตัดสมองได้ อาจส่งทันตแพทย์เพื่อทำศัลยกรรมที่เส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral ablative surgery) เพื่อบรรเทาอาการปวด