

การศึกษาการฟื้นตัวของอัมพาตใบหน้าภายหลังได้รับ โปรแกรมทางกายภาพบำบัด

ฉันทนา ลือขจรชัย*

ดุจใจ ชัยวานิชศิริ**

Luekajornchai C, Chaiwanichsiri D. A study of the outcomes of recovery of facial palsy after physical therapy program. Chula Med J 2006 Aug; 50(8): 581 - 98

- Problem / Background** : *Apart from electromyographic study, Facial Grading System and Facial Disability Index are reliable and valid methods of evaluating facial and psychosocial function after facial nerve injury as they are sensitive enough to detect clinically important change overtime or with treatment and have not been used in Thailand as measurement tool .*
- Objective** : *To measure the outcomes of facial palsy (lower motor neuron type) after completion of physical therapy program using Facial Grading System and Facial Disability Index.*
- Design** : *Cross-sectional descriptive study*
- Setting** : *Physical Therapy Unit, Department of Rehabilitation Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital.*
- Material and Methods** : *The research group used Facial Grading System and Facial Disability Index to assess the recovery outcomes of thirty facial palsy (lower motor neuron type) patients who were discharged after attending the Physical Therapy Unit, Department of Rehabilitation Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital from January 2003 to December 2004 They were divided into four groups as followings Bell's palsy, infections, trauma and tumor groups. Mean and standard deviation and percentage were calculated for the outcome variables. Unpaired t-test was used to compare all parameters.*

* ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

** ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- Result** : *From the study, composite score of Bell's palsy group, infectious group, trauma group and tumor group are 96.4 ± 7.3 , 71.7 ± 28.41 and 33.5 ± 17.4 respectively. There is a significant difference between the Bell's palsy and the infectious groups at p level < 0.05 . There is no significant difference of Physical Function and Social / Well-being Function in the Bell's palsy and the infectious groups.*
- Conclusion** : *The outcomes of recovery from facial palsy after physical therapy program depended upon the severity and etiology. From this study facial palsy caused only a little functional and psychosocial effects 105.0 ± 32.2 weeks after the onset.*
- Keywords** : *Facial palsy, Physical therapy, Facial Grading System, Facial Disability Index.*

Reprint request : Luekajornchai C. Department of Rehabilitation Medicine,
King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. February 15,2006.

ฉันทนา ลือจรชัย, ดวงใจ ชัยวานิชศิริ. การศึกษาการฟื้นตัวของอัมพาตใบหน้าภายหลังได้รับโปรแกรมทางกายภาพบำบัด. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2549 ส.ค.; 50(8): 581 - 98

- เหตุผลในการทำวิจัย** : นอกเหนือจากการตรวจกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้าแล้ว แบบประเมิน Facial Grading System และ Facial Disability Index มีความเกี่ยวข้องตรงในการประเมินการฟื้นตัวของอัมพาตใบหน้า ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินดังกล่าวซึ่งไม่เคยใช้ในประเทศไทยมาก่อนเลยเพื่อการประเมินสภาพผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัด
- วัตถุประสงค์ในการวิจัย** : เพื่อประเมินลักษณะการฟื้นตัวของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าชนิด lower motor neuron จากทุกสาเหตุ หลังจากได้รับโปรแกรมทางกายภาพบำบัดโดยใช้แบบประเมิน Facial Grading System และ Facial Disability Index
- รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง
- สถานที่ทำการศึกษา** : หน่วยกายภาพบำบัด ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ตัวอย่างและวิธีการศึกษา** : คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Facial Grading System และ The Facial Disability Index เพื่อประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าชนิด lower motor neuron จำนวน 30 รายหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาที่หน่วยกายภาพบำบัด ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2545 ถึงธันวาคม 2546 ผู้ป่วยถูกจำแนกเป็น 4 ประเภทตามสาเหตุ ดังต่อไปนี้ กลุ่มผู้ป่วย Bell's palsy กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการบาดเจ็บ และกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากเนื้องอก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และ unpaired t-test

- ผลการศึกษา** : การฟื้นตัวของใบหน้า ในกลุ่มผู้ป่วย Bell's palsy มีค่า Composite Score 96.4 ± 7.3 กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ 71.7 ± 28 กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากบาดเจ็บ 41 และกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากเนื้องอก 33.5 ± 17.4 คะแนน พบว่า Composite Score ของผู้ป่วยกลุ่ม Bell's palsy แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทำงานของใบหน้าและสภาพทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วย Bell's palsy และกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$
- สรุป** : ผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่เคยได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด จะมีการฟื้นตัวแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงและสาเหตุของโรค อาการอัมพาตใบหน้าก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานของใบหน้าและมีผลทางจิตใจและสภาพสังคมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยหลังเกิดอาการอัมพาตใบหน้า 105.0 ± 32.2 สัปดาห์
- คำสำคัญ** : อัมพาตใบหน้า, กายภาพบำบัด, Facial Grading System, Facial Disability Index

อาการอัมพาตของใบหน้า (Facial paralysis) เป็นความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง ถึงแม้จะเป็นความผิดปกติที่ไม่มีผลอันตรายต่อชีวิต แต่ก็มีความผิดปกติที่ไม่ผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย

ในประเทศไทย มีผู้ทำการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตใบหน้า ที่มารับการบริการในโรงพยาบาลประสาทสงขลา โดยนายแพทย์พรชัย สติธิปัญญาและคณะ⁽¹⁾ พ.ศ. 2538 สํารวจถึงความชุกพบว่ามีอัตราเฉลี่ย 39 : 10,000 รายของจำนวนผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2545 แพทย์หญิง กัลยาณีธีระวิบูลย์⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาลงของการรักษา Bell's palsy ในผู้ป่วยเด็กของสถาบันประสาทวิทยา โดยดูอัตราของความชุก และผลของการรักษาของอาการ Bell's palsy พบว่า ผู้ป่วยหายเป็นปกติ 61.7 % หายเกือบปกติ 38.2 % โดยที่ผู้ป่วยเด็กทั้งหมดได้รับการรักษาโดยได้การรับยา Prednisolone และผู้ป่วย 21 % ได้รับการรักษาโดยวิธีการทางกายภาพบำบัด ซึ่งผลการศึกษากลับมาไม่ได้อธิบายถึงผลของการรักษาโดยวิธีการรักษาที่แตกต่างกันเลย และในการประเมินผลของการรักษา ผู้วิจัยได้แบ่งผลของการรักษาออกเป็น หายอย่างสมบูรณ์และเกือบสมบูรณ์ โดยการดูเพียงความสมดุลของมุมปากทั้ง 2 ข้างเวลายิ้มเท่านั้น

การบำบัดรักษาทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ประกอบด้วยการกระตุ้นไฟฟ้า การออกกำลังกล้ามเนื้อใบหน้า การนวดและการประคบด้วยความร้อน⁽³⁾ มีการศึกษาถึงผลของการกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้าโดย Shrode LW ในปี 1993⁽⁴⁾ พบว่าการกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้าช่วยในการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อหน้า Targan RS. และคณะ⁽⁵⁾ ในปี ค.ศ.2000 พบว่าการกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า ทำให้มีการทำงานของใบหน้าดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีการฟื้นตัวบางส่วนแล้ว การศึกษาของ Saito S⁽⁶⁾ และคณะในปี ค.ศ.1993 พบว่ามีการเกิด Synkinesis เนื่องจากการกระตุ้นกล้ามเนื้อ

ด้วยไฟฟ้า และ Diels HJ ค.ศ.2000⁽⁷⁾ กล่าวว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้การกระตุ้นไฟฟ้า บางงานวิจัยกล่าวว่าเกิดความผิดปกติของใบหน้า (Abnormal movement pattern) เมื่อผู้ป่วยใช้ความพยายามในการออกกำลังของกล้ามเนื้อใบหน้าพร้อมกันทุกมัด⁽⁸⁾ ดังนั้นจึงพบว่ามีทั้งความคิดขัดแย้งและสนับสนุนการรักษาด้วยโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าและการออกกำลังกล้ามเนื้อของใบหน้า แต่ขณะนี้ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะสรุปได้ถึงผลเสียจากการรักษาทางกายภาพบำบัดได้อย่างแน่ชัด

ปัจจุบันยังไม่เคยมีการติดตามและการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า หลังจากได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นอกเหนือไปจากการตรวจกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้าแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำเอาแบบประเมิน Facial Grading System ของ Ross BG. และคณะ⁽⁹⁾ ที่ใช้ในการวัดการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า โดยเฉพาะ และแบบประเมินของ Vanswearingen JM. และคณะ⁽¹⁰⁾ คือ Facial Disability Index ที่ใช้ในการวัดความสามารถในด้านการทำงานของใบหน้า (Physical Function) ตลอดไปถึงการประเมินสภาพทางด้านสังคม (Social /Well-being Function) ของผู้ป่วยได้อีกด้วย มาศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า

ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินลักษณะการฟื้นตัวของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าชนิด lower motor neuron จากทุกสาเหตุ โดยใช้แบบประเมิน The Facial Grading System และ Facial Disability Index ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรและวิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าทุกราย ที่ได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด ของหน่วยกายภาพบำบัด ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 ถึงธันวาคม 2546

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอัมพาตใบหน้าชนิด lower motor neuron จากทุกสาเหตุยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตใบหน้าร่วมกับภาวะผิดปกติ หรือโรคของระบบประสาทส่วนอื่นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดน้อยกว่า 3 ครั้ง

วิธีการศึกษา

รวบรวมข้อมูลจากประวัติความเจ็บป่วยที่บ้านทึกในเวชระเบียนของฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟูและสอบถามข้อมูลจากนักกายภาพบำบัด ที่ดูแลผู้ป่วย สัมภาษณ์และติดต่อผู้ป่วยทุกราย เพื่อติดตามผลการรักษา โดยติดต่อทางโทรศัพท์หรือทางจดหมาย ชี้แจงข้อมูลในการศึกษานัดสัมภาษณ์ผู้ป่วยและตรวจประเมินด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด บันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของประชากร ได้แก่ ระยะเวลาหลังจากเกิดโรค / บาดเจ็บ ตำแหน่งที่เกิดโรค การวินิจฉัยโรค อาการแสดง การรักษาที่ได้รับประเมินลักษณะการฟื้นตัวในปัจจุบัน โดยใช้ The Facial Grading System (FGS)⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินค่า Resting Symmetry, Voluntary Movement และภาวะ Synkinesis Resting Symmetry คือ ความสมดุลของกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองข้างที่ปกติ ในคนปกติ ค่า Resting Symmetry มีคะแนนเท่ากับ 0 และความไม่สมดุลมากที่สุด จะมีคะแนนสูงสุด คือ 20 คะแนน ค่า Voluntary Movement ในคนปกติ มีคะแนนเท่ากับ 100 และต่ำสุดจะมีคะแนนเท่ากับ 20 ส่วนภาวะ Synkinesis ที่มีค่ามากที่สุด จะมีคะแนนเท่ากับ 15 และถ้าไม่พบภาวะนี้เลย จะมีคะแนนเท่ากับ 0 จากนั้นนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่า Composite Score โดย Composite Score = Voluntary Movement Score - Resting Symmetry

Score – Synkinesis Score ประเมินค่า Facial Disability Index โดยจัดทำเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ข้อ 1 ถึง ข้อ 5 เป็น คำถามเกี่ยวกับ การทำงานของใบหน้า (Physical Function) และข้อ 6 ถึง ข้อ 10 เป็นคำถามเกี่ยวกับสภาพทางสังคม (Social / Well-being Function) โดยคะแนน Physical Function และ Social / Well-being Function จะมีค่าสูงสุดอย่างละ 100 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การสรุปข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยข้อมูลเชิงคุณภาพสรุปเป็นร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณสรุปเป็นค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ผลการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัด จากสาเหตุที่ ต่างกันเปรียบเทียบผลด้วย unpaired t-test โดยใช้ชั้นนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และระดับความเชื่อมั่น (CI) ที่ 95 %

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่ถูกส่งมารักษาด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัด ในระหว่างเดือนมกราคม 2545 - เดือนธันวาคม 2546 มีจำนวน 41 ราย จากจำนวนผู้ป่วยของหน่วยกายภาพบำบัดทั้งสิ้น 4,350 ราย โดยมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ถูกคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็น ผู้ป่วย upper motor neuron lesion 2 ราย สอนโปรแกรมให้ไปทำเองที่บ้าน 3 ราย ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ 3 ราย ผู้ป่วยมาทำการรักษาเพียง 1-3 ครั้ง 3 รายดังนั้นคงเหลือผู้ป่วยที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้เพียง 30 ราย

จากตารางที่ 1 พบว่าอายุของผู้ป่วย โดยเฉลี่ยประมาณ 47.2 ± 16.6 ปี โดยผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด คือ 9 ปี และสูงสุด คือ 73 ปี อัตราส่วนระหว่างเพศ ชาย : หญิง มีค่า 1 : 1 (ชาย 15 ราย หญิง 15 ราย) ชีงใบหน้าที่เป็นอัมพาต ขวา : ซ้าย 1.1 : 1 (ขวา 16 ราย, ซ้าย 14 ราย) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมารับการรักษา คือ 8.8 ± 9.9 สัปดาห์

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูล	Mean ± SD (n=30)	
1. อายุเฉลี่ย (ปี)	47.2 ± 16.6	
2. ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกายภาพบำบัด (สัปดาห์)	8.8 ± 9.9	
3. เพศ ชาย : หญิง		1 : 1
4. ชิกใบหน้าขวา : ซ้าย		1.1 : 1
5. การวินิจฉัย		
- Bell's palsy		17 ราย (56.7 %)
- อักเสบ, ติดเชื้อ		10 ราย (33.3 %)
- บาดเจ็บ		1 ราย (3.3 %)
- เนื้องอก		2 ราย (6.7 %)

ผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ที่มารักษาด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัด พบว่าเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ Bell's palsy 17 ราย อักเสบติดเชื้อ 10 ราย บาดเจ็บ 1 ราย และเนื้องอก 2 ราย

ค่ามัธยฐานทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ เปรียบเทียบเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่ม Bell's palsy และกลุ่มสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อเท่านั้น เนื่องจากจำนวนข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มสาเหตุจากการบาดเจ็บ และกลุ่มสาเหตุจากเนื้องอกยังไม่มีจำนวนมากพอที่จะสรุปเป็นข้อมูลทางสถิติ

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาหลังเกิดอัมพาตใบหน้าจนถึงวันที่ได้รับการประเมินโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าทุกกลุ่มมีค่าเท่ากับ 105.0 ± 32.2 สัปดาห์ โดยแยกตามสาเหตุดังต่อไปนี้คือกลุ่ม Bell's palsy กลุ่มสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ กลุ่มสาเหตุจากการบาดเจ็บ กลุ่มสาเหตุจากเนื้องอก คือ 111.3 ± 30.5 , 100.6 ± 35.2 , 65.0 และ 93 ± 33.9 สัปดาห์ตามลำดับ และพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Bell's palsy และกลุ่มสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ

ตารางที่ 2. แสดงระยะเวลาหลังจากเกิด facial palsy

สาเหตุ	จำนวน (ราย)	ระยะเวลาหลังจากเกิด facial palsy (สัปดาห์)
Bell's palsy	17	$111.3 \pm 30.5^*$
อักเสบติดเชื้อ	10	$100.6 \pm 35.2^*$
บาดเจ็บ	1	65.0
เนื้องอก	2	93 ± 33.9
ระยะเวลาเฉลี่ย	30	105.0 ± 32.2
*เปรียบเทียบ p-value ระหว่าง กลุ่ม Bell's palsy และกลุ่ม อักเสบติดเชื้อ		P = 0.53

ในการวัดผลการฟื้นตัวด้วยแบบประเมิน Facial Grading System โดยหาค่า Composite Score ซึ่งคำนวณได้จาก Voluntary Movement Score ลบด้วยค่า Resting Symmetry Score และลบด้วยค่า Synkinesis Score ได้ผลดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 ค่า Voluntary Movement Score ของใบหน้า พบว่ากลุ่ม Bell's palsy จะมีค่าสูงสุด คือ 97.4 ± 5.4 คะแนน และกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากเนื้องอก จะมีคะแนนต่ำสุด คือ 44.0 ± 11.3 คะแนน ส่วนภาวะความสมดุลของใบหน้าทั้ง 2 ข้าง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการบาดเจ็บ จะมีค่าความไม่สมดุลสูงสุด คือ 15 คะแนน กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากเนื้องอก มีคะแนน 10 ± 7.1 คะแนน กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ มีคะแนน 4.5 ± 4.3 คะแนน กลุ่ม Bell's palsy มีความสมดุลของใบหน้าดีที่สุดในกลุ่ม มีคะแนนต่ำสุดเพียง 0.8 ± 1.9 คะแนน

Composite Score ของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า Bell's palsy มีค่าสูงสุด 96.4 ± 7.3 คะแนน รองลงมาคือ ผู้ป่วยกลุ่มอักเสบและติดเชื้อ มีค่าคะแนน 71.7 ± 28.0 ในกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากบาดเจ็บและเนื้องอก จะมี

Composite Score เท่ากับ 41 และ 33.5 ± 17.4 คะแนนตามลำดับ

กลุ่ม Bell's palsy และผู้ป่วยกลุ่มสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ จะมีค่า Voluntary Movement Score ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p > 0.05$ ส่วนค่า Resting Symmetry Score, Synkinesis และ Composite Score พบว่าผู้ป่วย Bell's palsy และผู้ป่วยกลุ่มการอักเสบและติดเชื้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$

ความรุนแรงของภาวะ Synkinesis พบมากที่สุด ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ คือ 8 คะแนน รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ 2.7 ± 2.7 คะแนน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากเนื้องอกและกลุ่ม Bell's palsy จะมีความรุนแรงของภาวะ Synkinesis น้อยที่สุด คือ 0.5 ± 0.7 และ 0.1 ± 0.3 คะแนนตามลำดับ

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ในกลุ่มสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อพบภาวะ Synkinesis มากที่สุด คือ 7 ใน 10 ราย (70 %) กลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการบาดเจ็บมีเพียง 1 ราย ส่วนกลุ่ม Bell's palsy พบภาวะ Synkinesis 2 ใน 17 ราย (11.8 %)

ตารางที่ 3. แสดงค่า Voluntary Movement, Resting Symmetry, Synkinesis และ Composite Score ของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าแบ่งตามสาเหตุของโรค

สาเหตุ	Voluntary Movement mean \pm SD	Resting Symmetry mean \pm SD	Synkinesis mean \pm SD	Composite Score mean \pm SD
Bell's palsy (n=17)	$97.4 \pm 5.4^*$	$0.8 \pm 1.9^*$	$0.1 \pm 0.3^*$	$96.4 \pm 7.3^*$
อักเสบติดเชื้อ (n=10)	79.6 ± 25.8	4.5 ± 4.3	2.7 ± 2.7	71.7 ± 28.0
บาดเจ็บ (n=1)	64.0	15.0	8.0	41.0
เนื้องอก (n=2)	44.0 ± 11.3	10 ± 7.1	0.5 ± 0.7	33.5 ± 17.4
*เปรียบเทียบ p-value	p = 0.059	p = 0.031	p = 0.015	p = 0.022
ระหว่างกลุ่ม Bell's palsy และกลุ่มอักเสบติดเชื้อ				

ตารางที่ 4. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะ Synkinesis ในผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าจากสาเหตุต่าง ๆ

สาเหตุ	พบภาวะ Synkinesis ราย (%)
Bell's palsy	2/17 (11.8 %)
อัมพาตใบหน้า	7/10 (70 %)
บาดเจ็บ	1/1 (100 %)
เนื้องอก	1/2 (50 %)

ในการประเมินค่า Residual ability ใช้แบบประเมิน Facial Disability Index โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน คือ Physical Function และ Social / Well being Function ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

จากตารางที่ 5 คะแนน Physical Function ในผู้ป่วยกลุ่ม Bell's palsy กลุ่มที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ

กลุ่มที่มีสาเหตุจากเนื้องอก และกลุ่มที่มีสาเหตุจากการอัมพาตใบหน้า มีคะแนน 99.7 ± 1.2 , 89 ± 15.2 , 95.0 และ 95.0 ตามลำดับ ส่วนคะแนน Social / Well-being Function ของผู้ป่วยที่เกิดจากการบาดเจ็บ จะได้คะแนนน้อยที่สุด คือ 44 คะแนน สาเหตุจากเนื้องอก ได้ 78 ± 31.1 คะแนน สาเหตุจากการอัมพาตใบหน้า มีคะแนนเท่ากับ 96.4 ± 5.1 ส่วนกลุ่ม Bell's palsy จะมีคะแนนดีที่สุดคือ 100 คะแนน

ในการหาค่า Physical Function และ Social / Well being Function ในกลุ่ม Bell's palsy และกลุ่มที่มีสาเหตุจากการอัมพาตใบหน้า พบว่า Physical Function และ Social / Well-being Function ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p > 0.05$

ตารางที่ 5. คะแนนของ Physical Function และ Social / Well-being Function แบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค

สาเหตุ	Physical Function Mean \pm SD	Social / Well – being Function Mean \pm SD
Bell's palsy (n=17)	$99.7 \pm 1.2^*$	100.0 *
อัมพาตใบหน้า (n=10)	89 ± 15.2	96.4 ± 5.1
บาดเจ็บ (n=1)	95.0	44.0
เนื้องอก (n=2)	95.0	78 ± 31.1
เปรียบเทียบ p - value ระหว่าง กลุ่ม Bell's palsy และกลุ่มอัมพาตใบหน้า	*p = 0.054	*p = 0.054

วิจารณ์

สาเหตุการเกิดอัมพาตของใบหน้า ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าแตกต่างจากที่นายแพทย์พรชัย สติรปัญญา ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย ที่มาทำการรักษา ณ โรงพยาบาลประสาทสงขลา⁽¹⁾ ที่พบว่ามียัตุรสาส่วนของสาเหตุของอาการอัมพาตใบหน้า ในกลุ่มของการบาดเจ็บ, อักเสบติดเชื้อ, เนื้องอก จำนวน 8.6 % ส่วนผู้ป่วย Bell's palsy พบว่ามี 91.4 % ของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าทั้งหมด ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มแรกประมาณ 43.4 % และผู้ป่วย Bell's palsy 56.6 % อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า กลุ่ม Bell's palsy มักจะมีการฟื้นตัวได้เอง⁽¹⁰⁾ แพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ส่งต่อเพื่อทำการรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

อาการอัมพาตใบหน้า เกิดขึ้นได้ในทุกเพศ อัตราการเกิดอัมพาตซีกหน้าซ้ายและขวาใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยประมาณ 47 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาทำกายภาพบำบัดประมาณ 8.8 ± 9.9 สัปดาห์ ระยะเวลาของการเกิดอัมพาตใบหน้าจนถึงวันที่ได้รับการประเมินโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าที่กลุ่ม Bell's palsy และกลุ่มสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ คือ 105.0 ± 32.2 สัปดาห์ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้จึงเป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอที่สามารถตรวจพบภาวะ Synkinesis ได้ เนื่องจากในการศึกษาของ Yamamoto และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าส่วนใหญ่แล้ว หลังจากเกิดอัมพาตใบหน้าแล้วเป็นเวลา 23.9 – 39 สัปดาห์ จึงจะเกิดภาวะ Synkinesis ส่วนการศึกษาของ Celik M, Forta H และ Vural Cetin⁽¹²⁾ สรุปได้ว่า 50 % ของผู้ป่วยระยะเวลาที่น้อยที่สุดของการเกิด Synkinesis คือ 16 สัปดาห์ โดยที่ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียของ axon (axonal loss) มาก เกิดภาวะ Synkinesis 4-8 เดือนหลังการเกิดอัมพาตใบหน้า และภาวะนี้ยังสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์เนื่องจากการสูญเสียของ axon แต่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนน Composite Score ของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า ที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ กัน พบว่า

ผู้ป่วย Bell's palsy จะมีการฟื้นตัวเกือบหรือใกล้เคียงปกติ คือ 96.4 ± 7.3 คะแนน ส่วนผู้ป่วยที่เกิดจากการอักเสบและการติดเชื้อจะมีการฟื้นตัวรองลงมา คือ 71.7 ± 28 คะแนน ส่วนผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากเนื้องอก และการบาดเจ็บจะมีการฟื้นตัวน้อยกว่า 2 สาเหตุข้างต้น

ในการประเมินผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าตามแบบประเมิน Facial Grading System ประกอบด้วย การมี Voluntary Movement ที่เพิ่มขึ้น และมีภาวะใบหน้าที่ไม่สมดุลร่วมด้วย ซึ่งประเมินได้จากการที่มุมปากไม่เบี่ยงไปข้างใดข้างหนึ่ง มีขนาดของตา ร่องของแก้มและปากใกล้เคียงกันกับอีกด้านหนึ่งของใบหน้า อีกทั้งไม่ควร มีภาวะ Synkinesis เกิดขึ้น จึงจะถือว่าเป็นการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ ในกลุ่มผู้ป่วย Bell's palsy และกลุ่มผู้ป่วยสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ Voluntary Movement Score ของ ทั้ง 2 กลุ่มนี้ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อคำนวณเป็นค่า Composite Score พบว่าจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ในการศึกษาคั้งนี้ พบภาวะ Synkinesis เกิดขึ้นในผู้ป่วย 11 รายคือในกลุ่ม Bell's palsy ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีค่า Voluntary Movement Score ดีที่สุดแต่ก็ยังมีภาวะ Synkinesis 2 ราย โดยมีค่า Synkinesis Score เท่ากับ 0.1 ± 0.3 คะแนน และในกลุ่มที่มีสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ เนื้องอก และการบาดเจ็บอีก 9 ราย มีคะแนน Synkinesis เฉลี่ย 2.7 ± 2.7 คะแนน 0.5 ± 0.7 คะแนน และ 8 คะแนนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kimura และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้ทำการตรวจผู้ป่วยหลังจากมีอาการอัมพาตใบหน้า 4 เดือน โดยใช้ Blink reflex พบว่ามีภาวะ Synkinesis เกือบทุกราย (26 ใน 29 ราย) แต่บางรายอาจตรวจร่างกายไม่พบ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ความรุนแรงของ Synkinesis ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการอัมพาตใบหน้า⁽¹⁴⁾

การทำงานของใบหน้า (Physical Function) พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อใบหน้าไม่สมบูรณ์ แต่ก็ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของใบหน้า (Activities of Daily Living) ได้อย่างเป็นปกติ ส่วนการปรับตัวทางสังคม (Social / Well - being

Function) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างไม่มีปัญหา ยกเว้นผู้ป่วยผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 1 ราย เนื่องจากมีการงอกของเนื้อร้ายขึ้นมาอีก (recurrent Ca parotid gland) และในรายผู้ป่วยเด็กที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บอีกหนึ่งราย เพราะแม้จะไม่มีปัญหาในเรื่องของการทำงานของใบหน้า แต่เนื่องจากเด็กในวัยเรียนจะมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับเพื่อน เมื่อมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าผู้ใหญ่⁽¹³⁾ เกิดปัญหาในแง่ของการปรับตัวทางสังคม (Social / Well – being Function) ขึ้น

จึงเห็นได้ว่าถ้ามีการฟื้นตัวอย่างปกติแล้วจะต้องมีค่า Composite Score 100 % ซึ่งแม้ แต่กลุ่มผู้ป่วย Bell's palsy ซึ่งมีการฟื้นตัวดีที่สุดในการศึกษาครั้งนี้แล้วยังสามารถตรวจพบภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงหลงเหลืออยู่คือ ภาวะ Synkinesis โดยการใช้แบบประเมินดังกล่าว

สรุป

จากการศึกษาผลการฟื้นตัวของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้า จำนวน 30 ราย ที่มารับการรักษาด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างม.ค.45 – ธ.ค. 46 พบว่าเป็นกลุ่ม Bell's palsy 56.7 % และกลุ่มสาเหตุอื่น ๆ ประมาณ 43.3 % อัตราการเกิดโรคในชายและหญิง และโอกาสที่เกิดอัมพาตระหว่างซีกใบหน้าซ้ายและขวาใกล้เคียงกัน ช่วงอายุที่พบมีตั้งแต่ 9-73 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารักษามากที่สุดประมาณ 8.8 ± 9.9 สัปดาห์ และพบว่ากลุ่ม Bell's palsy มีการฟื้นตัวดีที่สุด

การประเมินลักษณะการฟื้นตัวของผู้ป่วยอัมพาตใบหน้าชนิด lower motor neuron จากทุกสาเหตุ โดยใช้แบบประเมิน The Facial Grading System และ Facial Disability Index ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโปรแกรมกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าถ้าใช้แบบประเมินทั้งสองชนิดร่วมกันจะสามารถประเมินการฟื้นตัวของอัมพาตใบหน้าได้อย่างสมบูรณ์ ในด้านของทำงาน

ของกล้ามเนื้อใบหน้า โดยเฉพาะการวัดความสามารถในด้านการทำงาน (Physical Function) ของใบหน้า ภาวะ Synkinesis ตลอดไปถึงการประเมินสภาพทางด้านสังคม (Social / Well-being Function) ของผู้ป่วยได้

ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ตลอดจนวิธีการป้องกันเพื่อทำให้มีการฟื้นตัวมากที่สุด ภายหลังการเกิดอัมพาตใบหน้าจากสาเหตุต่าง ๆ

อ้างอิง

1. Sathirapanya P. Bell's palsy: a survey study of five-year hospital service. Chula Med J 1995 Aug; 39 (8): 563-70
2. Dhiravibulya K. Outcome of Bell's Palsy in Children. J Med Assoc Thai 2002 Mar; 85(3): 334 - 9
3. Cole J, Zimmerman S, Gerson S. Nonsurgical neuromuscular rehabilitation of facial muscle paresis. In Rubin LR,ed. The Paralyzed Face. St.Louis, Mosby-Year Book, 1991: 107-12
4. Shrode LW. Treatment of facial muscles affected by Bell's palsy with high-voltage electrical muscle stimulation. J Manipulative Physiol Ther 1993 Jun;16(5):347-52
5. Targan RS, Alon G, Kay SL. Effect of long-term electrical stimulation on motor recovery and improvement of clinical residuals in patients with unresolved facial nerve palsy. Otolaryngol Head Neck Surg 2000 Feb; 122(2): 246-52
6. Saito S, Moller AR. Chronic electrical stimulation of facial nerve cause signs of facial nucleus hyperactivity. Neurol Res 1993 Aug;15(4): 225-31
7. Diels HJ. Facial paralysis : is there a role for a therapist ? Facial Plast Surg 2000;16(4): 361-4

8. Segal B, Hunter T, Danys I, Freedman C, Black M. Minimizing synkinesis during rehabilitation of the paralyzed face: preliminary assessment of a new small movement therapy. *J Otolaryngol* 1995 Jun;24(3): 149-53
9. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. *Otolaryngol Head Neck Surgery* 1996 Mar; 114(3):380-86
10. Vanswearingen JM, Brach JS. The facial disability index: reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *Phys Ther* 1996 Dec;76(12):1288-300
11. Yamamoto E, Nishimura H, Hirono Y. Occurrence of sequelae in Bell's Palsy. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1988;Suppl 446:93-96
12. Celik M, Hulki F, Cetin V. The Development of Synkinesis after Facial Nerve Paralysis. *European Neurology* 2000;43:147-51
13. Kimura J, Rodnitzky RL, Okawara SH. Electrophysiological analysis of aberrant regeneration after facial nerve paralysis. *Neurology* 1975 Oct; 25(10): 989-93
14. Supiyaphun P, Sastarasadhith V. Acute facial paralysis. *Chula Med J* 1989 Dec;33(12): 961-76
15. สุวดี ศรีเลณวัตติ. จิตวิทยาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : วิชาญพรินท์ตั้ง, 1987: 161-5