

# ผู้ป่วยโรคงูสวัด: การจัดการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

## Herpes Zoster Patients: Usable Evidence-Based Management of Care

เสาวภา ทองงาม\*  
Saowapa Thongngam\*

### บทคัดย่อ

โรคงูสวัดพบได้บ่อยขึ้นตามอายุ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ อาการปวดตามแนวเส้นประสาท หลังการติดเชื้อ (postherpetic neuralgia) การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ตาอักเสบ โรคงูสวัดจึงไม่เพียงเป็นโรคที่สร้างความเจ็บปวดทรมานให้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น โรคงูสวัดยังสามารถติดต่อไปสู่ผู้อื่นได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคงูสวัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้โดยปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

**คำสำคัญ:** โรคงูสวัด การดูแล หลักฐานเชิงประจักษ์

### Abstract

Herpes zoster is found more frequently with increased age. Complications can be found such as postherpetic neuralgia, bacterial infection, and eye inflammation. Furthermore, herpes zoster can be transmitted to other people; therefore, nurses have an important role to play in caring for Herpes Zoster patients. These nurses need to be knowledgeable and understanding when caring for herpes zoster patients in order to be safe from disease and avoid severe complications; such nurses must have access to usable evidence-based training to support their management of patients under their care.

**Keywords:** herpes zoster, caring, evidence based

Received: May 20, 2020

Revised: July 14, 2020

Accepted: September 13, 2020

\* พยาบาลวิชาชีพ, งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

E-mail: imoon2010@hotmail.com

\* Registered nurse, Medicine and Psychiatric Nursing, Nursing department, Siriraj hospital.

E-mail: imoon2010@hotmail.com

## ระบาดวิทยาของโรค

โรคงูสวัดเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายโดยการหายใจและการสัมผัส<sup>1,2</sup> จากการศึกษาาระบาดวิทยาของโรคงูสวัดย้อนหลัง 20 ปี ในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย พบว่าอัตราป่วยของโรคงูสวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี อุบัติการณ์ของโรคมากขึ้นในผู้สูงอายุเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคงูสวัด อุบัติการณ์เฉลี่ย 3-10 คนต่อประชากร 1,000 คนต่อปี พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคคือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ที่ได้รับยากดภูมิ (immunosuppressed host)<sup>3</sup>

## พยาธิสภาพของโรค

โรคงูสวัดเกิดจากการติดเชื้อ varicella zoster virus (VZV) เมื่อได้รับเชื้อครั้งแรกจะเกิดเป็นโรคอีสุกอีใส (chickenpox) เมื่อฟื้นหายแล้วเชื้อ VZV จากผื่นผิวหนังจะเข้าไปหลบซ่อนอยู่ในปมประสาทรับความรู้สึก เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เชื้อ VZV มีการกำเริบ (reactivation) ซึ่งจะแบ่งตัวและกระจายในปมประสาท มีการอักเสบและการตายของเส้นประสาท เกิดอาการปวดตามเส้นประสาท เชื้อ VZV จะกระจายลงมาตามเส้นประสาทที่อักเสบและปล่อยไวรัสรอบปลายประสาทที่ผิวหนัง เกิดตุ่มน้ำใสเป็นกลุ่ม ๆ หรือเป็นแถวยาวตามแนวของเส้นประสาท มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนังตามแนวเส้นประสาท เรียกว่า โรคงูสวัด (herpes zoster)<sup>1,2</sup>

## ลักษณะเฉพาะทางคลินิก

อาการทางคลินิกของโรคงูสวัดแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะ prodromal phase เป็นช่วงที่มีอาการอักเสบของเส้นประสาทแต่ยังไม่มีรอยโรคที่ผิวหนัง ผู้ป่วยจะรู้สึกชา ปวด คือเจ็บแปลบ อาจคันหรือแสบร้อนตามเส้นประสาทและเป็นอยู่ข้างเดียว (unilateral) ร่วมกับปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว หรือมีไข้ ช่วงนี้จะเป็นอยู่ยาวนาน 2-3 วัน<sup>4-6</sup>

2. ระยะ Infection rash เป็นช่วงที่มีผื่นเกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่มี sensory ganglion มาเลี้ยงตามแนวเส้นประสาทนั้น ๆ (dermatome) เกิดได้กับทุก dermatome ของร่างกาย บริเวณที่เป็นบ่อยที่สุด คือ ophthalmic branch ของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 เรียกว่า ophthalmic zoster และบริเวณลำตัวที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทระดับ T<sub>3</sub> -L<sub>2</sub> ลักษณะผื่นเริ่มจากผื่นแดงแบบ maculopapular rash มักขึ้นเป็นกลุ่ม และมีขนาดตุ่มหลากหลายแล้วกลายเป็นตุ่มน้ำใส (vesicle) ภายใน 12-24 ชั่วโมงเกิดขึ้นในแนวเส้นประสาทข้างเดียวกันของร่างกาย (unilateral) ภายใน 3-4 วัน ตุ่มน้ำใส (vesicle) กลายเป็นตุ่มหนอง (pustules) รวมระยะเวลาทั้งหมดประมาณ 3-5 วัน แล้วค่อย ๆ แห้งตกสะเก็ด (crust) ภายใน 7-10 วัน จึงค่อย ๆ หลุดออกไปภายใน 2-4 สัปดาห์ ลักษณะรอยโรคจะเปลี่ยนแปลงตามเวลาและความรุนแรงของโรค ระยะ prodrome และ infection rash มักมีอาการคล้ายไข้หวัดคือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และมีไข้<sup>6,7</sup>

3. ระยะ Resolution phase เป็นระยะที่ฟื้นหายจากโรค นับตั้งแต่รอยโรคที่ผิวหนังหายแล้ว

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังมีอาการปวดหลงเหลืออยู่ เรียกว่า postherpetic neuralgia (PHN) ในผู้ที่มีอายุน้อย PHN มักจะเป็นชั่วคราวและหายได้เร็ว ในผู้ที่มีอายุมาก PHN จะเป็นรุนแรงและเป็นอยู่ได้นานเป็นเดือนเป็นปี ซึ่งจะก่อให้เกิดความทรมานได้มาก<sup>6</sup>

### การวินิจฉัยโรค

ในกรณีที่มียโรคผิวหนังแล้วจะวินิจฉัยได้ง่ายโดยอาศัยลักษณะทางคลินิกคือ มีผื่นหรือตุ่มน้ำขึ้นอย่างผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ร่วมกับมีอาการปวดหรือแสบร้อนหรือคันบริเวณที่ผื่นขึ้นร่วมกับมีไข้ ร่วมกับการชักประวัติโดยโรคจะเกิดกับผู้ที่เคยเป็นโรคอีสุกอีใสมาแล้วเท่านั้น ยกเว้นรอยโรคในบาง dermatome ที่พบน้อย หรือไม่แน่ใจต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรค ได้แก่

1. Tzanck test โดยขูดเนื้อเยื่อบริเวณที่แผลซึ่งได้เปิดผนังตุ่มน้ำและชั้นน้ำเหลืองที่เยื่อออกแล้วป้ายบนสไลด์ ทิ้งไว้ให้แห้ง แล้วย้อมด้วยสีย Wright หรือ Giemsa stain ตูลักษณะเซลล์ในกล้องจุลทรรศน์ จะพบ multinucleated giant cell ให้ผลบวก วิธีนี้ทำง่ายและรวดเร็ว<sup>8,9</sup>

2. viral culture เป็นการเพาะเชื้อไวรัสในเซลล์ จะได้ผลดีในช่วงที่ยังมีตุ่มน้ำใสอยู่ เป็นการวินิจฉัยที่มีความแม่นยำร้อยละ 60-90 แต่การเพาะเชื้อต้องใช้เวลา<sup>9</sup>

3. วิธีการทางอิมมูโนวิทยา ได้แก่ การตรวจหา viral antigen จะวินิจฉัยได้แม่นยำกว่ากล้องจุลทรรศน์ ได้แก่ Direct immunofluorescence (DIF), polymerase chain reaction

(PCR) มีความไวสูงกว่าการเพาะเชื้อไวรัส 2-3 เท่า<sup>9</sup>

### ภาวะแทรกซ้อนของโรค

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่

1. การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนที่ผิวหนัง ทำให้บริเวณรอยโรคนั้นเป็นแผลเป็นได้<sup>10</sup>

2. ภาวะแทรกซ้อนทางตา พบได้ร้อยละ 20-50 ของ ophthalmic zoster ได้แก่ กระจกตาอักเสบ (keratitis), scleritis, uveitis, optic neuritis และ แผลของกระจกตา (corneal ulcer) อาจทำให้ตาบอดได้<sup>9</sup>

3. การกระจายออกนอก dermatome โดยมีตุ่มน้ำมากกว่า 20 ตุ่ม เรียกว่า generalized herpes zoster พบร้อยละ 2-10 จะเป็นโรคภูษวัดอยู่นาน อาการจะรุนแรง กระจายสู่อวัยวะภายในอื่น ๆ ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะภายใน เช่น ปอดอักเสบ ตับอักเสบ<sup>9</sup>

4. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ อัมพาตครึ่งซีก เกิดจากเชื้อไวรัสลุกลามไปที่หลอดเลือดสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองอักเสบ หลอดเลือดสมองตีบตันทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด ส่วน Postherpetic neuralgia (PHN) เป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดพบร้อยละ 10-15 ของโรคภูษวัด เป็นอาการปวดที่ยังคงอยู่หรือเกิดขึ้นหลังผื่นหายหมดแล้ว หรืออาการปวดที่เกิน 4 สัปดาห์ หลังเริ่มเกิดผื่น จะมีอาการปวดแสบปวดร้อนแปล็บ ๆ เหมือนไฟช็อต มักพบในผู้สูงอายุ Ramsay Hunt syndrome เป็นโรคภูษวัดที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาทสมองเส้นที่เจ็ด (facial nerve) หรือเรียก

ว่า herpes zoster oticus ผู้ป่วยจะมีตุ่มน้ำในรูหู เพดานปาก ลิ้น ทำให้มีอาการปวดหู และมี facial nerve paralysis<sup>9,10</sup>

## ผู้ที่มีความเสี่ยง

ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เนื่องจากบกพร่องในภูมิคุ้มกันทีเซลล์ ทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคสูงและรุนแรง ผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำหรือภาวะที่ภูมิคุ้มกันถูกดกด เช่น เป็นโรคมะเร็ง หรือได้รับยาที่กดระบบภูมิคุ้มกันบางชนิด ผู้ที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งรังสีรักษา (Radiotherapy) หรือมีการติดเชื้อ HIV นอกจากนี้ยังมีเหตุและปัจจัยกระตุ้นการแบ่งตัวของเชื้อทำให้เกิดโรคงูสวัดได้ เช่น ถูกกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บบริเวณปมประสาทหรือการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง เนื่ององอกของประสาทสันหลังและปมประสาท โพรงงอกอักเสบบริเวณ frontal ทำให้เกิด ophthalmic zoster<sup>6,8</sup>

## บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคงูสวัด

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคงูสวัดทำได้โดยการรักษาตามอาการและการให้ยาต้านไวรัส โดยแผนการรักษาพิจารณาตามภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงจากโรคงูสวัดมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญ

ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรค บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคงูสวัดมีดังนี้

### 1. บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคงูสวัดในระยะ prodromal phase

ระยะนี้มีอาการอักเสบของเส้นประสาทแต่ยังไม่มียโรคที่ผิวหนังเป็นช่วงที่พบปัญหา acute neuralgia มีอาการชา คัน ปวดเจ็บแปลบเหมือนถูกไฟช็อต ปวดเมื่อยตามตัว ไข้ เป้าหมายของการดูแลรักษาเป็นการรักษาตามอาการร่วมกับใช้ยาต้านไวรัสเพื่อเร่งการหายจากโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ acyclovir famciclovir และ valaciclovir เป็นยาที่ทำให้อัตราการกำจัด VZV จากตุ่มน้ำเร็วขึ้น ลดการเกิดผื่นใหม่ ส่งเสริมให้ผื่นหายเร็วขึ้น ลดระยะเวลาของอาการปวด ลดความรุนแรงของอาการปวดในระยะเฉียบพลัน ลดอุบัติการณ์หรือความรุนแรงของอาการปวดเรื้อรัง ลดการแพร่กระจายเชื้อบนผิวหนังและอวัยวะภายใน การรักษาที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มภายใน 72 ชั่วโมงที่ปรากฏผื่น<sup>4,9</sup> ร่วมกับให้ยาลดอาการปวด ซึ่ง acute neuropathic pain มักไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดทั่วไป ต้องให้การรักษาที่เฉพาะเจาะจง การวินิจฉัยและให้การรักษาอาการปวดเฉียบพลันที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันการพัฒนาของอาการปวดไปสู่อาการปวดแบบเรื้อรังได้<sup>11</sup> ยาที่ใช้รักษาอาการปวดแบบ neuropathic pain ยา first-line ได้แก่ serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, tricyclic antidepressants, gabapentin, และ pregabalin. ยา Second-line ได้แก่ transdermal patches of capsaicin หรือ lidocaine. ยา third-line. ใช้ Opioids<sup>12</sup>

1.1 บทบาทพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายจากภาวะไข้ เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสบายมากขึ้น ไม่มีไข้ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้ดื่มน้ำบ่อยๆ ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ให้เช็ดตัวลดไข้หรือให้ยาลดไข้ ดูแลให้ได้รับยา acyclovir ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังอาการแพ้ยา และให้ยาอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันพิษจากยา ดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟันและสิ่งแวดลอม รอบๆ ตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน ติดตามผลเลือดและผลการเพาะเชื้อเมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาวางแผนการรักษา

1.2 บทบาทพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด เป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น อาการปวดลดลง กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ สอบถามผู้ป่วยและประเมินอาการปวดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยใช้ numerical rating scale (NRS) ถ้า pain score >3 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียงของยาและประเมิน pain score หลังให้ยา 15 นาที ติดตามประเมินอาการปวดซ้ำเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องถึงผลการตอบสนองต่อยาที่ใช้ รายงานแพทย์กรณีอาการปวดไม่ทุเลา พร้อมทั้งบันทึกภาวะปวด และกิจกรรมการพยาบาลที่ทำเพื่อบรรเทาอาการปวดทุกเวร ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ขออนุญาตหรือแจ้งและให้เหตุผลก่อนให้การพยาบาล ให้ความสนใจเอาใจใส่ให้กำลังใจ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นหรือเคลื่อนไหวบริเวณที่เจ็บปวด เช่น ไม้วัดความดันโลหิต ไม้เจาะเลือดในบริเวณที่ปวด จัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้

รับความสบาย ไม่กดทับบริเวณที่เจ็บปวด จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการลดปวดโดยไม่ใช้ยาโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูวิดีโอ การสะกดจิตมีผลต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดหรือการทำหัตถการในเด็กได้<sup>11</sup> แนะนำการใช้วิธีการต่างๆ เช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับครอบครัว การทำสมาธิ การสวดมนต์ อ่านหนังสือ เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจกับความปวด ควบคุมตัวกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเจ็บปวดและลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เช่น อุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นมาก เสียงรบกวน จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ น่าพักผ่อน

## 2. บทบาทพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคงูสวัดในระยะ Infection rash

ระยะ infection rash เป็นช่วงที่มีผื่นเกิดขึ้นบริเวณผิวหนังลักษณะรอยโรคจะเปลี่ยนแปลงตามเวลาและความรุนแรงของโรคและอาการไข้มักแปรตามผื่นที่มี ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนที่ผิวหนัง herpes zoster ophthalmicus, Ramsay Hunt Syndrome type 2, Postherpetic neuralgia (PHN) การให้การรักษาย่างทันท่วงทีจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2.1 บทบาทพยาบาลเพื่อการป้องกันและลดภาวะการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนที่ผิวหนัง กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินสภาพการเปลี่ยนแปลงของแผลรอยโรคหรือตุ่ม สังเกตอาการผิดปกติของผิวหนังบริเวณรอยโรค โดยดูจากขนาดของตุ่มน้ำและลักษณะของแผล เช่น แผลแดงแฉะปนคราบหนอง น้ำเหลืองไหล มีกลิ่น

เหม็น พร้อมจดบันทึกอย่างละเอียด ประเมินสัญญาณชีพผิดปกติ เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อได้แก่ ความดันโลหิตที่ลดต่ำลง มีไข้ ซีพจร การหายใจเร็วหรือช้าผิดปกติ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC PUS culture รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันทีเมื่อพบความผิดปกติ ให้การพยาบาลตามหลัก standard precautions ทำความสะอาดแผลหรือประคบด้วย 0.9%NaCl ประคบไว้นาน 20 นาที วันละ 2 ครั้งเช้าและเย็น เพื่อให้ตุ่มแห้ง ลดอาการเฉพาะที่ กีดกันการเจริญของแบคทีเรียและไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ<sup>13</sup> หากมีเยื่อตา หลังทำความสะอาดแผลและตุ่มด้วย 0.9%NaCl แล้วใช้ก๊อชซับให้แห้ง ทายาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา ปิดด้วยก๊อช สำหรับแขนหรือขาใช้ผ้าก๊อชพันแผลไว้ หลีกเลี่ยงการติดพลาสติกบนผิวหนังที่มีตุ่มน้ำหรือแผลของผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผิวหนังลอกเมื่อแกะพลาสติกออก เกิดเป็นแผลได้ ดูแลให้คำแนะนำเรื่องการทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่วันละ 2 ครั้ง แนะนำตัดเล็บให้สั้น ล้างมือให้สะอาด ห้ามแกะเกาตุ่มหรือบริเวณผิวหนังที่มีรอยโรค ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาแก้คัน เพื่อช่วยลดอาการคันที่จะนำไปสู่การแกะเกาแผลและตุ่มของโรคหรือยาปฏิชีวนะ และสังเกตอาการผิดปกติจากอาการข้างเคียงของยา

2.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสที่มีภาวะ Herpes zoster ophthalmicus เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็น กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการปวดตาและดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จัดให้พักผ่อนในบริเวณที่แสงไม่จ้าเกินไปเพื่อลดอาการระคายเคืองตา ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล แยกของใช้ส่วนตัวผู้ป่วยไม่ใช้ของปะปนกับผู้อื่น ดูแลครอบตาด้วย eye shield เพื่อป้องกันการขยี้ตา ดูแลเช็ดตา หยอดยาหรือป้ายตาตามแผนการรักษา แนะนำให้ระมัดระวังอย่าให้น้ำเข้าตา สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ตามัว ตาบวมแดงมาก ปวดตามาก ให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อร่วมประเมินและวางแผนการรักษากับจักษุแพทย์

2.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสที่มีภาวะ postherpetic neuralgia (PHN) เพื่อบรรเทาอาการปวด หลังจากอาการทางผิวหนังของโรคไวรัสหายยังคงมีอาการปวดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาการนี้มักเกิดกับผู้สูงอายุ การรักษาโดยให้ยารักษาอาการปวดที่ปลายประสาทร่วมกับ ซึ่งการจัดการภาวะ postherpetic neuralgia มีแนวทางให้ยาดังนี้ first line therapy ได้แก่ Tricyclic antidepressants, Gabapentin, pregabalin ส่วน second and third line therapy ใช้ topical lidocain (gel, cream, patch) Opioids, Tramadol, Capsaicin cream และ patch การใช้ยาเพียงขนานเดียวอาจจะไม่เพียงพอต่อการระงับปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกันหลายขนาน<sup>14</sup> กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ได้แก่ ประเมินอาการปวด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียงของยาและประเมิน pain score หลังให้ ติดตามประเมินอาการปวดซ้ำเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องถึงผลการตอบสนองต่อยาที่ใช้ รายงานแพทย์กรณีอาการปวดไม่ทุเลาเพื่อแพทย์พิจารณาปรับยา พร้อมทั้งบันทึกภาวะปวด และกิจกรรมการพยาบาลที่ทำเพื่อบรรเทาอาการปวดทุกทุกเวร ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระตุ้นหรือเคลื่อนไหว



บริเวณที่เจ็บปวด จัดทำนอนให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ให้ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ควบคุมตัวกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเจ็บปวด และลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ จัดสภาพแวดล้อมให้สงบน่าพักผ่อน

2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคสุวัดที่มีภาวะ Ramsay Hunt Syndrome type 2 ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดกับเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 และ 8 ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้า ปวดในหู สูญเสียการรับรสที่ด้านหน้าของลิ้น ตาแห้งปากแห้ง และมีตุ่มอยู่ที่ใบหู หูชั้นนอกหรือในรูหู ลิ้นหรือเพดานปาก สูญเสียการได้ยิน และอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน การรักษาโดยการให้ prednisolone ในขนาดสูง 60 มิลลิกรัม วันละครั้ง เป็นเวลา 14 วัน ร่วมกับการให้ acyclovir โดยให้ยาเร็วภายใน 3 วันแรกที่เริ่มมีอาการ สามารถแก้ไขอาการอัมพฤกษ์อัมพาตได้ร้อยละ 75 ถ้าเริ่มยาช้าประสิทธิภาพของการแก้ไขภาวะอัมพฤกษ์อัมพาตจะลดลงไปตามลำดับ<sup>15</sup> จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ramsay hunt syndrome<sup>16</sup> พบว่าการใช้ยา corticosteroids ขนาดสูงร่วมกับ acyclovir ให้ผลการรักษาดีในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น หูหนวก และลดความวิตกกังวลจากความผิดปกติและเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ให้กำลังใจผู้ป่วย ดูแลหยอดตาด้วยน้ำตาเทียมตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันตาแห้งเนื่องจากหลับตาไม่สนิทเพราะกล้ามเนื้อใบหน้าผิดปกติ ป้องกันการสูดสำลักเมื่อรับประทานอาหาร ป้องกันการพลัด

ตกหล่นและอุบัติเหตุเนื่องจากอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุนและหูไม่ได้ยิน และดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

### 3. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคสุวัดในระยะฟื้นหายจากโรค (Resolution phase)

3.1 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคสุวัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การดำเนินโรค การรักษา และการเกิดซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด แนะนำผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด

3.2 บทบาทพยาบาลในการให้ความรู้เรื่องวัคซีนแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคสุวัด หากไม่เคยเป็นโรคอีสุกอีใสมาก่อน แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วยโรคอีสุกอีใสหรือโรคสุวัด และแนะนำเรื่องการจัดวัคซีนป้องกันโรคสุวัด วัคซีนป้องกันโรคสุวัด มีข้อบ่งใช้เพื่อลดโอกาสในการเกิดโรคสุวัด ลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ประสิทธิภาพของวัคซีนถ้าให้ในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค ถึงร้อยละ 50<sup>17</sup> สำหรับในประเทศไทยใช้สำหรับฉีดกระตุ้นภูมิคุ้มกันในผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ผู้ที่ได้รับวัคซีนแต่ละรายควรได้รับการฉีดเข็มเดียว<sup>18</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Brinster NK, Liu V, Diwan AH, McKee PH. Dermatopathology. n.p.: 2010.
2. Thaipisuthikul Y. Viral skin infection. In: Yupin T, editor. Skin disease textbook. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Union Creation; 2011. p. 50-1. (in Thai)
3. Chen LK, Arai H, Chen LY, Chou MY, Djauzi S, Dong B, et al. Looking back to move forward: a twenty-year audit of herpes zoster in Asia-Pacific. BMC Infect Dis [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 9];17:213. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12879-017-2198-y>
4. Fitzpatrick JE, Morelli JG. Dermatology secrets plus. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.
5. Kanjanapongkul J. Herpes zoster. In: Kanjanapongkul J, editor. Infectious diseases of the nervous system. Chon Buri: Chon Buri Printing; 2013. p. 92-5. (in Thai)
6. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP, editors. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Education; 2013.
7. Likitnukul S. Skin and infectious disease. In: Malatum K, editor. Annual short term training for the year 2011 (current infectious disease practice). Bangkok: Medical Media; 2011. p. 380. (in Thai)
8. Calonje JE, Brenn T, Lazar A, McKee P, editors. McKee's Pathology of the skin. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2011.
9. Sirimachan S, Kullawanit P. Viral infections of the skin. In: Kullawanit P, Pisarnboot P, editors. Dermatology textbook in practice (Dermatology 2020). Bangkok: Holistic Publishing; 2012. p.321-35. (in Thai)
10. Kullawanit P, Pratyapruth W. Facial dermatitis. In: Kullawanit P, Pisarnbut P, editors. Dermatology textbook in practice (Dermatology 2020). Bangkok: Holistic Publishing; 2012. p.50-56 (in Thai)
11. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. Acute pain management: scientific evidence, fourth edition, 2015. Med J Aust [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 10];204(8):315-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27125806/>
12. Kaye AD, Garcia AJ, Hall OM, Jeha GM, Cramer KD, Granier AL, et al. Update on the pharmacogenomics of pain management. Pharmgenomics Pers Med [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 10];12:125-43. Available from: <http://doi.org/10.2147/PGPM.S179152>



13. Prasungsit J, Rungsaengjun K, Moungeon Y, editors. Wound care, evidence and experiences from the expert (wound care for nursing : evidence base to practice Bangkok: P.A. Living; 2016. (in Thai)
14. Nalamachu S, Morley-Forster P. Diagnosing and managing postherpetic neuralgia. *Drugs Aging* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 10];29:863-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40266-012-0014-3>
15. Montague SJ, Morton AR. Ramsay Hunt Syndrome. *CMAJ* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 10];89:8. Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160483>
16. Kansu L, Yilmaz I. Herpes zoster oticus (Ramsay hunt Syndrome) in Children: Case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 8];76(6): 772-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.03.003>
17. Baxter R, Bartlett J, Fireman B, Marks M, Hansen J, Lewis E, et al. Long-term effectiveness of the live zoster vaccine in preventing shingles: a cohort study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 9];187(1):161-69. Available from: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx245>
18. Panchareon C. Shingles vaccine. In: Panchareon C, editor. *Infectious disease and vaccine communication*. Bangkok: Activeprint; 2016. p. 239-41. (in Thai)