

6

“ปวดศีรษะเวลาลุกนั่งหรือยืน” ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 32 ปี เกษชกรจากแม่สะเรียง

อาการสำคัญ

ปวดหัวมา 1 วัน

ผู้ป่วยมาที่หน่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาริบัติโดยให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมา เวลาเที่ยงกำลังนั่งอยู่ปวดท้ายทอยทันที ปวดร้าวไปที่กระบอกตาทั้ง 2 ข้าง มีอาเจียน 1 ครั้ง อาการปวดค่อยๆ เป็นมากขึ้น ทูเลาลงเมื่อนอนพักแต่พอลุกขึ้นนั่งก็ปวดอีก วันที่มา รพ.ก็มีอาการเหมือนวันก่อน

ผู้ป่วยไม่เคยปวดศีรษะแบบนี้มาก่อน สายตาสั้นใช้เลนส์สัมผัส ไม่มีประวัติกินยาคุมกำเนิด ผู้ป่วยแต่งงานแล้วมีบุตร 1 คน อายุ 3 ปี

อภิปราย

ปวดศีรษะขึ้นมาทันทีทันใดเช่นผู้ป่วยรายนี้เป็นจากสาเหตุได้หลายอย่าง ลักษณะอาการปวดจะช่วยแพทย์ให้การวินิจฉัยได้โดยให้แยกออกเป็น

1) ปวดทันทีทันใดแต่ปวดมากที่สุดภายใน 1 นาที อาจปวดนานเป็นชั่วโมงหรือถึง 10 วันก็ได้ ที่นิยมเรียกกันว่า Thunderclap headache (TCH) หรือปวดศีรษะแบบฟ้าผ่า! ซึ่งอาจจะเป็นจาก primary subarachnoid haemorrhage (SAH) โดยเฉพาะ aneurysm แตก จาก vertebral หรือ carotid artery dissection จากเลือดออกในต่อม pituitary หรือเป็นขณะถึงจุดสุดยอดระหว่างร่วมเพศ (sex or orgasmal headache) หรือขณะไอ (cough headache) หรือไม่ทราบสาเหตุที่เรียก primary TCH (เอกสารหมายเลข 1)

2) ปวดทันทีแต่ไม่ได้ปวดมากที่สุดในระยะเวลานั้นดังเช่น (1) เช่นในผู้ป่วยรายนี้ซึ่งสาเหตุก็เป็นคล้ายๆ กับที่กล่าว ยกเว้นปวดหัวที่เป็นขณะร่วมเพศหรือไอ นอกจากนี้ก็อาจเป็นจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือถุงน้ำ (cyst) หรือเนื้องอกที่เกิดในโพรงน้ำในสมอง (ventricle) เช่น colloid cyst ที่ third ventricle หรือ cysticercosis

สาเหตุที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่พบได้ไม่บ่อยก็คือ spontaneous intracranial hypotension (SIH) ซึ่งมีลักษณะพิเศษที่สำคัญก็คือ อาการปวดจะเป็นเมื่อลุกขึ้นนั่งหรือยืน และน้อยลงมากหรือหายปวดถ้านอนลง ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้

ผลการตรวจร่างกาย

T 36.6°C RR 20 PR 80 BP 100/60

alert, well oriented

no neck stiffness

Fundi : normal

no abnormal signs

ผลการตรวจพิเศษ

CT scan : no SAH

แพทย์สามีผู้ป่วยทำการเจาะนำหล่อไขสันหลังเองซึ่งเป็นการตรวจพิเศษที่ถูกต้องและจำเป็น เพื่อวินิจฉัยแยกสาเหตุ พบว่า opening pressure ต่ำมากวัดไม่ได้

CSF : clear, colourless, crenated RBC 5,000

protein 55 mg%

glucose 65 mg% (Blood glucose 101)

Wright stain and India ink stain : negative

ได้ส่งทำ MDCT scan เมื่อมาที่รามาริบัติ มี diffuse mild leptomeningeal enhancement along cerebral hemispheres และ cerebellar folia ทั้งสองข้าง

อภิปราย (ต่อ)

ถึงแม้เป็นที่ทราบกันดีในวงการแพทย์ทั่วไปว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะเอาน้ำหล่อไขสันหลังออกตรวจอาจมีอาการปวดศีรษะเวลาลุกขึ้นนั่งหรือยืนและอาการปวดบรรเทาหรือหายไปถ้าลงนอน แต่โรคปวดศีรษะจากความดันต่ำหรือปริมาณน้ำหล่อไขสันหลังน้อยที่เกิดขึ้นเอง (SIH) เพิ่งเป็นที่รู้จักดีในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา อาการปวดศีรษะเป็นผลจากหลอดเลือด venous sinus ทั้งหลายที่มีขนาดใหญ่ตลอดจนเยื่อหุ้มสมอง ชั้นนอกหรือ dura mater จะถูกเหนี่ยวตึงเมื่อปริมาณน้ำหล่อไขสันหลังมีน้อยเวลาผู้ป่วยนั่งหรือยืนซึ่ง นายแพทย์ Harvey Cushing ได้รายงานกลไกการปวดศีรษะนี้ไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1904 (เอกสารหมายเลข 2) SIH เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งในบรรดาโรคที่ทำให้ปวดศีรษะเป็นประจำทุกวันซึ่งบางคนเรียก New Daily Persistent Headache (NDPH) (เอกสารหมายเลข 3) SIH เกิดจากน้ำหล่อไขสันหลังรั่วที่บริเวณไขสันหลังโดยเฉพาะช่วงหน้าอกเพราะ dural sac อ่อนผิดปกติเพราะส่วนประกอบของเนื้อเยื่อที่เรียก elastin และ fibrillin ไม่ปกติเห็นได้ชัดในผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการมาร์ฟอง (Marfan syndrome) ประกอบกับมีบาดเจ็บ เล็กๆ น้อยๆ ร่วมด้วย เช่น ชนะไอ จาม ยกของหนักหรือขณะเล่นกีฬา อาการปวดมักจะเป็นที่ขมับหรือหน้าผากทั้งสองข้างและที่ท้ายทอยบางครั้งปวดทั้งศีรษะ ที่สำคัญที่สุดก็คือ ผู้ป่วยจะมีอาการเมื่อนั่งหรือยืนและอาการปวดบรรเทาด้วยการนอนราบเช่นในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยบางรายจะมีคอตั้ง มีคลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพซ้อนจากประสาทศีรษะเส้นที่ 6 ที่ 3 หรือ 4 ผิดปกติเพราะถูกดึงลง

แรงดันน้ำหล่อไขสันหลังจะต่ำ น้ำหล่อไขสันหลังมักจะใสและไม่มีสีแต่บางรายมีสีออกเหลืองน้อยๆ มีเม็ดเลือดแดงเป็นจำนวนน้อยๆ ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และค่าโปรตีนสูงขึ้นได้ถึง 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ลักษณะ MRI ที่พบในผู้ป่วยรายนี้ก็เป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งที่พบในโรคนี้

แพทย์ผู้ศึกษาเรื่อง SIH อย่างละเอียดลึกซึ้งในทุกแง่มุมเห็นจะได้แก่นายแพทย์ Bahram Mokri จาก Mayo Clinic ผมจึงแนะนำบทความที่เขียนโดยนายแพทย์ผู้นี้ในแง่มุมต่างๆ ไว้ (เอกสารหมายเลข 4) ในประเทศเราแพทย์หญิงกาญจนา อันวงศ์ และศาสตราจารย์นายแพทย์กัมมันต์ พันธุมจินดา ก็รายงานผู้ป่วยไว้ 1 ราย (เอกสารหมายเลข 5) เมื่อไม่นานมานี้เอง SIH ยังไม่เป็นที่รู้จักกันดีมาก แม้ในสหรัฐอเมริกา ก็มีรายงานผู้ป่วยปวดศีรษะจากโรคนี้ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อตัดเอาเยื่อหุ้มสมองไปตรวจ (meningeal biopsy) ดังเอกสารหมายเลข 6 ปัจจุบันนอกจากการตรวจด้วย MRI จะช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้วยังช่วยพยากรณ์ผลที่ตามมาจากการรักษาอีกด้วย โดยผู้ป่วยที่มี MRI ผิดปกติกลับได้ผลดีกว่าผู้ป่วย ที่ MRI ไม่ผิดปกติ (เอกสารหมายเลข 7) และการตรวจด้วยรังสีนิวเคลียร์จะช่วยบ่งบอกตำแหน่งที่น้ำหล่อไขสันหลังรั่วได้แม่นยำ (เอกสารหมายเลข 8)

วิธีการรักษาผู้ป่วย SIH เริ่มด้วยการให้นอนราบซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะรู้เองอยู่แล้ว ควรให้ดื่มน้ำหรือให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ กาแฟและยา theophylline ก็มีแพทย์บางคนใช้ได้ผล ส่วน corticosteroids ก็มีคนทดลองใช้เช่นกันโดยผลที่ได้ไม่แน่ชัด ถ้าลองรักษาตามที่กล่าวแล้วไม่ได้ผลและรู้

ตำแหน่งรอยรั่วที่แน่ชัดก็แนะนำให้ใช้เลือดผู้ป่วยเองทำ epidural blood patch ในบางรายอาจจะต้องทำซ้ำหรือใช้กาวที่ทำจากไฟบริน (fibrin glue) และถ้าใช้วิธีนี้ยังไม่ได้ผลก็ต้องส่งทำศัลยกรรมต่อไป

ผมขอจบท้ายเรื่องนี้โดยขอให้คำแนะนำเล็กๆ น้อยๆ แก่นักศึกษาแพทย์และแพทย์ใหม่ เรื่องการเจาะน้ำหล่อไขสันหลังผู้ป่วย ควรดูให้แน่ๆ ว่าจะที่เราแทงปลายเข็มที่คมจะสอดขนานและไม่ไปตัดขวางเข้าเยื่อหุ้มไขสันหลังส่วนนอก นอกจากนี้ถ้าน้ำหล่อไขสันหลังยังไม่ออกหรือออกแล้วแต่ดูจะไหลไม่ดีอย่าไปหมุนเข็มเด็ดขาดเพราะทำเช่นนั้นมีโอกาสทำให้มีรูรั่วได้

Heinrich Irenaeus Quincke เป็นอายุรแพทย์ชาวเยอรมันที่นำเอาการเจาะเอาน้ำหล่อไขสันหลังมาใช้ประโยชน์เป็นคนแรก (ค.ศ. 1842-1922) เป็นศาสตราจารย์ที่มีผลงานมากมาย นอกจากจะศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับน้ำหล่อสมองและประสาทไขสันหลังแล้วยังเป็นคนแรกที่รายงานเกี่ยวกับ angioneurotic oedema ซึ่งบางคนเรียก Quincke oedema ซึ่งปัจจุบันทราบแล้วว่า มี defect ที่ C1 esterase inhibitor นอกจากนี้ยังเป็นคนแรกที่พบ poikilocytosis ใน pernicious anaemia เป็นคนแรกที่แนะนำให้ใช้ศัลยกรรมรักษาหนองในปอดและเป็นคนแรกที่แยก Entamoeba histolytica จาก E Coli! แต่ผลงานที่เด่นที่สุด คงจะเป็นการริเริ่มนำการเจาะเอาน้ำหล่อไขสันหลังมาใช้ซึ่งยังคงเป็นวิธีการตรวจที่สำคัญจนปัจจุบัน (เอกสาร หมายเลข 9 และ 10)

แนะนำเอกสาร

- 1) Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. *Lancet Neurol.* 2006; 5: 621-31.
- 2) Cushing H. The sensory distribution of the fifth cranial nerve. *Bull John Hopkins Hosp.* 1904; 15: 213-32.
- 3) Goadsby PJ, Boes C, Sudlow CLM. Low CSF volume (pressure) headache. *Pract Neurol.* 2002, 2: 192-7.
- 4) Mokri B. Headache caused by decreased intracranial pressure : diagnosis and management. *Curr Opin Neurol.* 2003; 16: 319-26.
- 5) Unnwongse K, Phanthumchinda K. Spontaneous intracranial hypotension : a case with extensive intraspinal dural enhancement and delayed sixth cranial nerve paresis. *Intern Med J Thai.* 2004; 20: 49-55.
- 6) *N Engl J Med.* Case records of the Massachusetts General Hospital. Eds. Scully RE, et al. 1998; 338: 180-8.
- 7) Schievink WI, Maya MM, Louy C. Cranial MRI predicts outcome of spontaneous intracranial hypotension. *Neurology.* 2005; 64: 1282-4.
- 8) Hüfner K, Koch W, Ständer M, Tonn J-C, Tatsch K, Meindl T, et al. Three sites of high flow CSF leakage in spontaneous intracranial hypotension. *Neurology.* 2006; 66: 775-6.

9) Firkin BG, Whitworth JA. Dictionary of Medical Eponyms. The Parthenon Publishing Group, Carnforth, UK. 1987; pp. 428.

10) Pryse-Phillips W. Companion to Clinical Neurology. Little, Brown and Company, Boston, USA. 1995; pp. 732.