

“ปวดศีรษะมากทันทีขณะดูโทรทัศน์”

นักศึกษาหนุ่มใส่อายุ 19 ปี จากนครศรีธรรมราช

อาการสำคัญ

ปวดศีรษะมากมา 4 วัน

ขณะนั่งดูโทรทัศน์ เกิดปวดกลางศีรษะขึ้นมาทันที ปวดตุ้บๆ ไม่เคยปวดแบบนี้มาก่อน ตามองไม่ชัด เป็นอยู่ 2 ชม.ก็ค่อยๆ ดีขึ้น ไปรพ.แห่งหนึ่งฉีดยาแก้ปวดให้ก็ดีขึ้นบ้าง แต่ก็เริ่มปวดอีกจึงมารพ.รามาริบัติ

3 ปีก่อนเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ แต่ไม่สลบ หลังจากนั้นปกติดี

อภิปราย

อาการปวดศีรษะมากทันทีทันใดมีสาเหตุที่สำคัญเพียง 2 สาเหตุ คือ

1) ตกเลือดหรือมีเลือดออกในกระโหลกศีรษะโดยเฉพาะ primary subarachnoid haemorrhage (SAH)

และ 2) sex headache หรือโรคปวดศีรษะขณะร่วมเพศ

ผู้ป่วยรายนี้อายุน้อย เป็นนักศึกษาแข็งแรงสบายดีมาตลอด เกิดมีอาการที่กล่าว ก็น่าจะนึกถึง primary subarachnoid haemorrhage ซึ่งอาจเป็นผลจาก

1) ruptured cerebral aneurysm ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ตกเลือดแบบนี้ แต่ผู้ป่วยนี้อายุน้อยซึ่งในอายุ 20 ปีเศษคงจะนึกถึงน้อยกว่าสาเหตุที่กล่าวถึงต่อไป คือ

2) ruptured cerebral arterio-venous malformation (AVM) ผู้ป่วยด้วยหลอดเลือดผิดปกติประเภทนี้อาจมีอาการครั้งแรกเป็นแบบนี้ได้ บางรายอาจมีประวัติปวดศีรษะเป็นๆ หายๆ คล้ายไมเกรนและตำแหน่งที่ปวดมักจะเป็นข้างเดียว ไม่สลับข้าง บางรายมีอาการลมชักได้ด้วย

3) ตกเลือดจากพยาธิตัวจิ๊ดไซสมองโดนหลอดเลือดแตก

4) โรคจากเลือดผิดปกติทำให้เลือดออกง่าย เช่น เกร็ดเลือดน้อย เป็นต้น

และ 5) หลอดเลือดที่ประสาทไขสันหลังผิดปกติ เช่น spinal AVM และ cavernous malformation ที่ประสาทไขสันหลังส่วนบน การที่มีเลือดออกใน spinal subarachnoid space มักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหัวทันทีเพราะเลือดที่ออกมาบนนำหล่อไขสันหลังจะไหลขึ้นไปที่ศีรษะเร็วมากมักจะทำให้ปวดต้นคอหรือท้ายทอยนอกจากปวดทั้งหัวหรือปวดที่กลางศีรษะได้

การตรวจร่างกายควรดูให้แน่ใจว่ามีคอแข็งและมี Kernig's sign หรือไม่ นอกจากนี้ก็ควรดู Fundi บางรายอาจมี subhyaloid haemorrhage และอย่าลืมฟังหาเสียงฟู่ (bruit) ที่เบ้าตาและที่ต้นคอเพราะ cerebral AVM โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีขนาดโตทำให้มีเสียงฟู่ได้

ผลการตรวจร่างกาย

T 37°C PR 72 regular BP 120/80
alert, cooperative
stiff neck + Kernig's sign +
Limbs : slight spasticity of both legs

DTR's	KJ	+++	+++
	AJ	++++	++++ (clonus +)
	P	↑	↑

ผู้ป่วยรายนี้คงมี primary subarachnoid haemorrhage แน่ การที่ผู้ป่วยไม่ซึม กลับรู้ตัวดี แต่ขาทั้ง 2 ข้างเกร็งผิดปกติและมี DTR's ไว มี Babinski sign และอายุน้อย น่านึกถึงว่าสาเหตุอาจเป็นจากตัวจิ๊ดหรือ spinal AVM แตก

ผมแนะนำให้ทำ CBC ดูให้แน่ว่า WBC มี eosinophilia หรือไม่ ทำ LP มองหา eosinophil เช่นกัน และทำ MRI ให้ครอบคลุมทั้งสมองและไขสันหลัง

ผลการตรวจพิเศษ

Hb 14.8 Hct 45 WBC 12600/cu.mm. N 78 L 19
M 3
LP : blood stained CSF, RBC 11,000/cu.mm. WBC 1,600 P 22
L 78
VDRL : non reactive
CT brain ปกติ
MRIA : worm-like structure intramedullary at C 5-6 spinal level with feeding arteries from both vertebral arteries

การวินิจฉัยโรค : ruptured spinal AVM

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการทำ spinal angiogram และ embolization โดยอาจารย์แพทย์หญิงศิริธรรา พงษ์เพ็ชร ภาควิชารังสีวิทยา รามาธิบดี ผู้ป่วยหายดี ขาไม่อ่อนแรงและกลับเรียนหนังสือได้เป็นปกติ

อภิปรายเพิ่มเติม

AVM ที่บริเวณประสาทไขสันหลังพบได้ไม่บ่อยแต่เป็นเรื่องที่ควรทราบเพราะถ้าวินิจฉัยได้ถูกต้อง การรักษาในปัจจุบันได้ผลดีมาก น่าสนใจที่โรคนี้เป็นในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง ง่าย ๆ ว่ามี 2 แบบคือ dural และ intradural (+ intramedullary) หรือที่เรียกกันว่า Type 1 และ Type 2 ผู้ป่วยรายนี้จัดอยู่ในแบบที่ 2 ซึ่งส่วนมากจะพบในคนหนุ่มเช่นผู้ป่วยรายนี้ AVM มักอยู่ที่บริเวณประสาทไขสันหลังส่วนคอ เมื่อแตกจึงทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะมาก เพราะเลือดเข้าไปในกระโหลกศีรษะได้เร็ว ถ้าอยู่ที่ประสาทไขสันหลังส่วนทรวงอกหรือเอวก็จะทำให้เกิดอาการปวดร้าวบริเวณดังกล่าวจากการระคายกรากประสาท พร้อมๆ กับมีขาอ่อนแรงจากประสาทไขสันหลังขาดเลือด AVM ที่ประสาทไขสันหลังแบบที่ 1 มักพบในชายสูงอายุกว่า ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการขาอ่อนแรงจากประสาทไขสันหลังขาดเลือดเพราะ AVM “ชะโงย”

หรือดึงเอาเลือดไป พบ SAH ได้น้อยกว่าในแบบที่ 2 การรักษาด้วย embolization โดยผู้เชี่ยวชาญทางนี้ให้ผลดีมาก

ผมให้รายชื่อแหล่งอ้างอิงไว้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยาที่เคยสนใจโรคนี้นี้และทำการวิจัยไว้มากคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ Michael Aminoff แห่งมหาวิทยาลัยซานฟรานซิสโก สหรัฐอเมริกา บรรณาธิการวารสาร Muscle & Nerve แพทย์ผู้นี้ฝึกอบรมทางประสาทวิทยาที่สถาบันประสาทวิทยาที่ลอนดอนและทำงานวิจัยเรื่องนี้กับศาสตราจารย์นายแพทย์ Valentine Logue ประสาทศัลยแพทย์ชื่อดังที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลกเมื่อ 30 ปีที่แล้ว เอกสารหมายเลข 1 ถึง 5 จึงเป็นบทความที่ผมขอแนะนำให้ผู้สนใจหาเก็บไว้อ่านเป็นพิเศษ

นอกจาก AVM แล้ว SAH ที่ไซส์หลังอาจเกิดจาก cavernous angioma หรือ haemangioma ได้แต่พบได้น้อยมาก เมื่อเร็วๆ นี้ก็เพิ่งมีรายงานสั้นพร้อมทั้งรูปสไลด์ที่ควรหาดูตามเอกสารหมายเลข 7 และท้ายสุดนี้ ผมขอแนะนำให้อ่านบท Spinal cord strokes จากหนังสือ Caplan's Stroke พิมพ์ครั้งที่ 3 (เอกสารหมายเลข 10) เป็นหนังสือคลาสสิกที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยาควรหาเก็บไว้อ่านด้วย

แนะนำเอกสาร

- 1) Aminoff MJ, Logue V. Clinical features of spinal vascular malformations. Brain 1974; **97**: 197-210.
- 2) Aminoff MJ, Logue V. The prognosis of patients with spinal vascular malformations. Brain 1974; **97**: 211-8.
- 3) Aminoff MJ, Barnard RO, Logue V. The pathophysiology of spinal vascular malformations. J Neurol Sci 1974; **23**: 255-63.
- 4) Aminoff MJ. Spinal angiomas. Blackwell, Oxford. 1976.
- 5) Logue V. Angiomas of the spinal cord : review of the pathogenesis, clinical features, and results of surgery. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1979; **42**: 1-11.
- 6) Di Chiro G, Doppman JL, Dwyer AJ. Tumors and arteriovenous malformations of the spinal cord : Assessment using MR. Radiology 1985; **156**: 689-97.
- 7) Kim CH, Kim HJ. Neurological Picture. Cervical subarachnoid floating cavernous malformation presenting with recurrent subarachnoid haemorrhage. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; **72**: 668.
- 8) Zevgaridis D, Mendele RJ, Hamburger C, et al. Cavernous haemangioma of the spinal cord. A review of 117 cases. Acta Neurochir (Wien) 1999; **141**: 237-45.

9) Acciarri N, Padovani R, Pozzati E, et al. Spinal cavernous angioma : a rare cause of subarachnoid hemorrhage. Surg Neurol 1992; **37**: 453-61.

10) Caplan LR. Spinal cord strokes. In : Caplan's Stroke. A clinical approach. Third Edition. Butterworth Heinemann, Boston. 2000; pp. 435-43.