

“ปวดศีรษะที่กลางหน้าผาก ลืมตาไม่ขึ้น ความดันเลือดต่ำ”

หญิงไทยคู่อายุ 54 ปี อาชีพทำไร่อยู่ที่ อ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย

อาการสำคัญ

ปวดหัวมา 1 สัปดาห์

สบายดีจน 7 วันก่อนมา รพ. มีอาการปวดที่กลางหน้าผากร้าวไปที่ท้ายทอย อาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นในช่วงวันแรกและปวดติดต่อกันอยู่ 2-3 วันจึงรู้สึกตาทั้ง 2 ข้างมองไม่ชัด ลืมตาลำบาก รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนแต่กำคอลำบาก จึงไป รพ.สุโขทัย แพทย์รับตัวไว้รักษาใน รพ. อยู่ 3 วัน จึงส่งต่อผู้ป่วยมาที่รามาริบัติ

อภิปราย

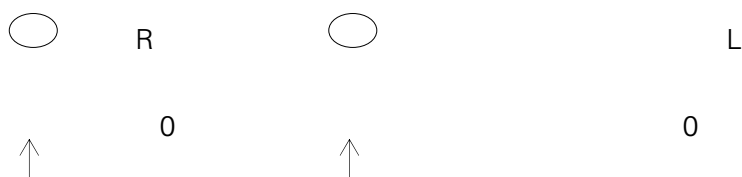
อาการปวดหัวในหญิงกลางคนรายนี้เกิดขึ้นค่อนข้างเร็วและเป็นมากขึ้นจนต้องเข้าอยู่โรงพยาบาล ทำให้นักถึงว่ามีเลือดออกในศีรษะโดยเฉพาะ subarachnoid haemorrhage เพราะมีอาการคล้ายคอแข็ง กำคอลำบากหรือมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เพราะผู้ป่วยมีอาการหนาวๆ ร้อนๆ ด้วยตำแหน่งที่ปวดที่กลางหน้าผากร้าวไปที่ท้ายทอย อาจทำให้นักถึงความผิดปกติเกิดขึ้นที่บริเวณฐานกระโหลกส่วนหน้าตรงกลาง เช่น sphenoid sinus และ sella turcica โดยเฉพาะมีประวัติตามองไม่ชัดและลืมตาลำบาก ซึ่งอาจจะเป็นเนื่องจากประสาทส่วนศีรษะคู่ที่ 3 ผิดปกติได้ คงจะต้องขอทราบผลการตรวจร่างกายทั้งจากที่ รพ.สุโขทัยและที่ตรวจพบที่รามาริบัติ

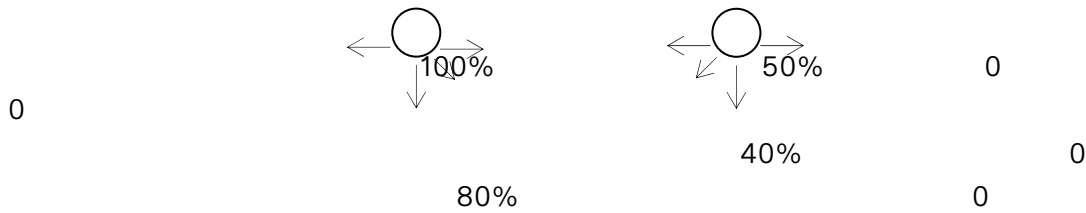
ผลการตรวจร่างกาย ที่ รพ.สุโขทัย

T 38°C PR 78 BP 90/60 slightly drowsy, bilateral ptosis L > R
neck stiffness present

ผลการตรวจร่างกาย ที่ รพ.รามาริบัติ 3 วันต่อมา

T 35.5°C PR 66 BP 100/60 RR 20
alert but slow response
no neck stiffness
marked bilateral ptosis
Fundi : pale optic discs
VAR 20/400 VAL 20/400
Visual fields full to confrontation
Eye movts impaired as shown





Pupils 3 mm. both eyes
sluggishly reacted to light
no other abnormality

อภิปรายเพิ่มเติม

ผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติเด่นชัดก็คือ (1) สายตาเสื่อมจากประสาทตาชัดซึ่งหมายถึงมีรอยโรคที่ optic nerve หรือ optic chiasma (2) ประสาทคู่ที่ 3, 4 ทั้ง 2 ข้าง และคู่ที่ 6 ด้านซ้ายเสีย จึงกลอกตาไม่เป็นปกติ (3) เมื่อตรวจที่ รพ.สุโขทัย พบมีคอแข็งและความดันเลือดค่อนข้างต่ำและมีไข้ แต่ 3 วันต่อมาอุณหภูมิร่างกายกลับต่ำกว่าปกติ (35.5°C) และคอก็ไม่แข็งแล้ว ความผิดปกติทั้งหมดนี้ เข้าได้กับ pituitary apoplexy มากกว่าที่จะเป็นจากการอักเสบที่บริเวณ sphenoid sinus เพราะผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติมาก่อนจนไม่สบายครั้งนี้

การตรวจสมองด้วย CT scan หรือ MRI และการตรวจเลือดดู electrolytes และระดับ cortisol รวมทั้ง thyroid และ sex hormones จะช่วยมาก

ผลการตรวจพิเศษจาก รพ.สุโขทัย

serum Na⁺ 120 K⁺ 4.1 Cl⁻ 86 HCO₃⁻ 21
BUN 11 Cr 1.1
CT : intrasellar mass

ผลการตรวจที่ รพ.รามาริบัติ

Hb 13.1 Hct 38.7 RBC 4.96 x 10⁶
MCV 78.1 MCHC 33.8
WBC 3810 N 73 L 23 M4
ESR 23
serum osmolarity 273/urine osm. 271
serum cortisol 0.63 µg/dl (9.00 AM)
T₄ 1.16 µg/dl T₃ 40 ng/dl
TSH 0.05 µg/dl
LH 0.1 FSH 2.0 Prolactin 4.1

อภิปราย (ต่อ)

ผู้ป่วยมี Na⁺ ในเลือดต่ำและความดันเลือดต่ำเมื่อเริ่มแรกจาก adrenal insufficiency ซึ่งพบได้ใน pituitary apoplexy ผลการตรวจ pituitary hormones ในเลือดก็ผิดปกติ คงต้องให้การ

รักษาด้วย cortisol ด่วน และส่งให้ประสาทศัลยแพทย์ผ่าตัดเพราะสายตาเสื่อม คงจะเป็นจาก optic chiasmal compression

Pituitary apoplexy พบได้ไม่บ่อยนัก มีรายงานว่าผู้ป่วยร้อยละ 5 ถึง 20 จะมีเลือดออกเองในเนื้องอก (adenoma) และผู้ป่วยหนึ่งใน 3 ที่มีเลือดออกจะมีอาการทันทีแบบผู้ป่วยรายนี้ ที่เรียก pituitary apoplexy (เอกสารหมายเลข 1)

ลักษณะอาการที่พบมี 3 ประการ (ไตรลักษณ์ !) คือ

- 1) อาการปวดหัวมากเกิดขึ้นทันทีทันใด
- 2) อาการทางระบบประสาท ได้แก่ visual loss หนึ่งตาตกและเห็นภาพซ้อน (ถ้าสายตายังไม่เสีย) ม่านตาดำผิดปกติ
- 3) อาการหน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ความดันเลือดต่ำจากการหลั่ง ACTH น้อยผิดปกติ การขาด cortisol จะเกิดภายในไม่กี่ชั่วโมงที่มีเลือดออกในเนื้องอก และพบได้ถึง 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว

ถ้าเลือดที่ออกซึมเข้าน้ำหล่อไขสันหลังจะทำให้มีอาการปวดหัว มีไข้และผู้ป่วยซึมหรือไม่รู้สึกตัวได้ ตรวจจะพบคอแข็งในระยะแรกได้ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ ถ้าเจาะน้ำหล่อไขสันหลังมาตรวจจะพบมีเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวมากผิดปกติ โปรตีนมากขึ้น (เอกสารหมายเลข 2 และ 3) การตรวจสมองด้วย MRI จะดีกว่าตรวจด้วย CT เพราะจะเห็นเลือดออกในเนื้องอกชัดเจนกว่า

เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้อแล้ว ควรฉีด cortisol ในขนาดที่มากทาง IV ด่วน ควรเฝ้าระวัง fluid และ electrolytes อย่างใกล้ชิดเพราะอาจจะเกิดภาวะ diabetes insipidus หรือ SIADH และปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ ถ้าสายตาเลเวลจาก optic chiasmal compression หรือถ้ามีความดันใน กระโหลกศีรษะสูงควรรีบผ่าตัด ส่วนถ้ามีอาการกลอกตาไม่ได้เพียงอย่างเดียวแต่สายตาไม่เลเวลไม่เป็นข้อชี้บ่งให้ทำการผ่าตัดเพราะประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 ดีขึ้นเองได้ (เอกสารหมายเลข 2, 4 และ 5)

ผมไม่มีรูปผู้ป่วยและ MRI ประกอบแต่ผู้สนใจอาจหาได้จากเอกสารหมายเลข 6

Pituitary apoplexy เป็นเรื่องที่ควรทราบเพราะเป็นปัญหาที่ร้ายแรงของอายุรแพทย์ วินิจฉัยได้จะช่วยผู้ป่วยได้มาก ผมจึงขอชมเชยแพทย์จากโรงพยาบาลสุโขทัยที่วินิจฉัยได้และรีบส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่รามาริบดี

แนะนำเอกสาร

- 1) Randeva HS, Schoebel J, Byrne J, Esiri M, Adams CB, Wass JA. Classical pituitary apoplexy: clinical features, management and outcome. Clin Endocrinol (Oxf) 1999; **51**: 181-8.
- 2) Ma RCW, Tsang MW, Ozaki R, Tong PC, Cockram CS. Fever, headache, and a stiff neck. Lancet 2004; **363**: 1868.
- 3) Brouns R, Crols R, Engelborghs S, De Deyn PP. Pituitary apoplexy presenting as chemical meningitis. Lancet 2004; **364**: 502.
- 4) Bonicki W, Kasperlik-Zaluska A, Koszewski W, Zgliczynski W, Wislawski J. Pituitary apoplexy; endocrine, surgical and oncological emergency. Incidence, clinical course and treatment with reference to 799 cases of pituitary adenomas. Acta Neurochir 1993; **120**: 118-22.

5) Tang-Wai DF, Wijdicks EFM. Pituitary apoplexy presenting as post-operative stupor. Neurology 2002; **58**: 500-1.

6) Glass LC. Images in clinical medicine. Pituitary apoplexy N Engl J Med 2003; **349**: 2034.