

บทที่ 10

อาการปวดศีรษะ

อรวรรณ ศิลปกิจ

การซักถามประวัติเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการให้การวินิจฉัยรักษาผู้ป่วย คำถามดังกล่าว ได้แก่ เป็นมานานเท่าใด อาการรุนแรงขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลง ลักษณะปวดเป็นอย่างไร ปวดตรงไหน ปวดบ่อยแค่ไหน ขณะปวดศีรษะยังทำงานได้ปกติหรือไม่ ทำอย่างไรจึงหายปวด มีอาการอื่นร่วมเช่นมีไข้หรือไม่ ในระยะนี้กินยาอะไรอยู่ และมีประวัติได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ เป็นต้น (ดูตารางที่ 1 ประกอบ)

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะเนื้องอกในสมองหรือมีสิ่งกีดขวางในสมอง

อาการปวดศีรษะที่ค่อยเป็นค่อยไป และ

1. อาการปวดศีรษะเริ่มในอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี หรือมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะปวดศีรษะไปจากเดิม
2. การเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ
3. มีอาการปวดศีรษะในขณะหลับหรือตื่นนอนใหม่ ๆ
4. ตรวจพบอาการแสดงทางระบบประสาท
5. มีอาการสับสน อาการชัก อ่อนแรงร่วมด้วย

ผู้ป่วยบางรายควรนึกถึงสาเหตุทางจิตใจเช่นโรคซึมเศร้า ซึ่งมักจะมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะทุกราย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ลึกและค่อยเป็นค่อยไป มักไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของคลื่นไฟฟ้าสมอง

อาการปวดศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงและพบได้บ่อย ได้แก่ tension headache และไมเกรน ส่วนอาการปวดศีรษะอื่นๆ อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ การปวดศีรษะชนิดรุนแรงที่มีสิ่งกีดขวางในสมอง และการปวดศีรษะจากสมองที่ไม่มีสิ่งกีดขวางในสมอง

Tension headache

เป็นการปวดศีรษะชนิดที่พบบ่อยที่สุด วินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะการปวดชนิด กดหรือบีบหรือ รััดแน่น อาการปวดมักเริ่มบริเวณท้ายทอย ร้าวมาที่ขมับทั้งสองข้าง แล้วปวดทั้งศีรษะ การปวดศีรษะชนิดนี้อาจพบร่วมกับการปวดศีรษะไมเกรนได้ หรืออาจมีอาการกดเจ็บที่หนังศีรษะร่วมด้วย กรณีที่มีอาการเรื้อรัง จะมีอาการปวดบ่อยกว่า 15 วันต่อเดือน เป็นเวลา 6 เดือนหรือนานกว่า

การรักษา กรณีไม่เรื้อรังให้กินยาแก้ปวดธรรมดา กรณีที่เป็นเรื้อรังควรนึกถึงโรคซึมเศร้าซึ่งจะมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย (อ่านรายละเอียดในเรื่องโรคซึมเศร้า) การรักษาไม่ควรให้ยาแก้ปวด

ธรรมดาเนื่องจากจะไม่ได้ผล และอาจมีอาการถอนยาเมื่อหยุดยาทำให้ปวดศีรษะมากขึ้น ควรให้ยา amitriptyline เริ่มขนาด 10-25 มก.เพิ่มได้ถึง 50 มก.ก่อนนอน ควรให้ยาติดต่อกันนาน 3-6 เดือน หากหยุดยาแล้วมีอาการอาจให้นานเป็นปี การรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการสวดมนต์ทำสมาธิ เป็นต้น

ไมเกรน (Migraine)

พบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีลักษณะปวดเป็นพักๆ อาจจะมีประวัติในครอบครัว เริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่นถึงสามสิบปี วินิจฉัยไมเกรนโดยใช้ลักษณะอาการทางคลินิก อาการปวดศีรษะแบบไมเกรนมักจะมีรูปแบบที่ซ้ำๆ ในแต่ละคน

ไมเกรนชนิดมีอาการเตือนเรียกว่า migraine with aura ในกรณีที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรนติดต่อกันนานเกิน 72 ชั่วโมง เรียกว่า status migrainosus กรณีที่บางรายมีประวัติเป็นไมเกรนมานานต่อไปไม่มีอาการปวดศีรษะ เหลือแต่เพียงอาการเตือนโดยเฉพาะอาการทางตา (visual aura) ซึ่งมักพบในผู้หญิง เรียกว่า migrainous equivalence การวินิจฉัยแยกโรคไมเกรนชนิดที่มีอาการเตือนออกจาก transient ischemic attack (TIA) ได้แก่ ลักษณะอาการจะค่อยๆ เป็น ระยะเวลาน้อยกว่า 60 นาที เคยมีอาการมาก่อน ในขณะที่ TIA มักมีปัจจัยเสี่ยงเรื่อง stroke และอาการที่เป็นจะทันทีทันใด เป็นนานกว่าชั่วโมงไม่เกิน 24 ชั่วโมง และไม่เคยมีอาการมาก่อน

การรักษา แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. การรักษาอาการปวดศีรษะ (abortive therapy) ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนหรืออาการนำก่อนการปวดศีรษะ การกินยาแก้ปวดก่อนจะปวดศีรษะจะได้ผลดีกว่ากินเมื่อปวดรุนแรงแล้ว อาจให้ยาพาราเซตามอลร่วมกับยาแก้อาเจียน เช่น metochlorpamide ก็ได้ ถ้าไม่ได้ผลเลือกใช้ยาในกลุ่ม ergot derivative เช่น ergotamine tartrate ซึ่งมักอยู่ในรูปยาผสม หลังจากกินยาให้ผู้ป่วยนอนพักในที่เงียบสงบ ข้อควรระวังในการใช้ยา ได้แก่ ไม่ควรให้ผู้ป่วยกินยาทุกวันเนื่องจากจะมีปัญหาปวดศีรษะเนื่องจากยาได้ภายหลัง แต่ละครั้งที่มีอาการปวดศีรษะไม่ควรกินมากกว่า 2 เม็ด (2 มก.) ไม่ควรกินยามากกว่า 6 เม็ดต่อสัปดาห์ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง หรืออายุเกิน 45 ปี ยาอื่นที่ใช้รักษาอาการเจ็บพลัน ได้แก่ ยาในกลุ่ม NSAID เช่น naproxen หรือยากกลุ่ม sumatriptan แต่ราคายังสูงอยู่

2. การรักษาแบบป้องกัน ควรให้การรักษาแบบป้องกันเมื่ออาการปวดศีรษะรุนแรง หรือเป็นบ่อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 2-3 ครั้งต่อเดือน เนื่องจากรบกวนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ยาที่นิยมใช้ ได้แก่

ก. Amitriptyline กินขนาด 25-50 มก. ก่อนนอน บางรายอาจต้องการเพียง 10 มก.

ข. Flunarizine กินขนาด 5-10 มก. (แคปซูลละ 5 มก.) ก่อนนอน

ยาอื่นที่เป็นทางเลือกในกรณียาทั้งสองขนานไม่ได้ผล ได้แก่

- Propranolol เริ่มกินขนาด 20-40 มก. เพิ่มได้ถึง 240 มก./วัน ผลข้างเคียงได้แก่ ง่วง การนอนผิดปกติ ฝันร้าย ซึมเศร้า ห้ามใช้ในผู้ป่วยหัวใจวาย เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน, Raynaud's disease

- Pizotifen ขนาด 4.5-9 มก./วัน (เม็ดละ 0.5 มก.) ผลข้างเคียงได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ, claudication, น้ำหนักขึ้น ข้อจำกัดคือต้องหยุดยาทุก 6 เดือนเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เนื่องจากอาจเกิด retroperitoneal fibrosis

- Valproate ปรับขนาดตามน้ำหนักตัว (20 มก./กก./วัน) ควรเริ่มยาในขนาดน้อยๆ ก่อน หากไม่ได้ผลจึงค่อยเพิ่มยา ผลข้างเคียง ได้แก่ ผม่วง น้ำหนักขึ้น หรือตับเสื่อมสมรรถภาพ

- ยากลุ่ม calcium channel blocker ที่ได้ผลที่สุดคือ verapamil โดยเฉพาะในผู้ป่วยไมเกรนที่มีข้อห้ามเช่นหอบหืด ไม่สามารถช้ยาในกลุ่ม beta-blocker ได้ หรือในกลุ่มที่มี prolong aura หรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องผูก และเหงื่อออกเกิน

- ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น fluoxetine, paroxetine, sertraline เลือกใช้เมื่อไม่ต้องการผลข้างเคียงในยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม TCA (เช่น amitriptyline) เช่น อาการปากแห้งคอแห้ง ท้องผูก

3. การรักษาอื่นๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงเหตุกระตุ้นทางกายภาพ เช่น อยู่ในที่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป การหลีกเลี่ยงอาหารมักไม่ได้ผล ส่วนปัจจัยด้านอารมณ์ความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้ การฝึกคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ ที่ชอบจะเป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่ง

ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจมีอาการไมเกรนรุนแรงในระยะมีประจำเดือน ซึ่งต้องคำนึงถึง premenstrual syndrome (PMS) ด้วย ยาที่ใช้ป้องกันการปวดศีรษะไมเกรนร่วมกับการมีประจำเดือน ได้แก่ ยาในกลุ่ม NSAID เช่น indomethacin ขนาด 50-75 มก./วัน กินก่อนมีประจำเดือนประมาณ 1 สัปดาห์ หรือยา ibuprofen ขนาด 600-800 มก./วัน หรือยากลุ่ม SSRI ในกรณีที่มีอาการอื่นเข้าได้กับ PMS

ผู้ป่วยบางรายมีอาการคล้ายกับไมเกรนโดยเฉพาะผู้ป่วยหญิง หากมีอาการปวดเรื้อรังเป็นๆ หายๆ อาจเป็นข้างใดข้างหนึ่ง ปวดบริเวณขมับ กระบอกตา หู ความถี่ของการปวดหลายครั้งต่อวัน อาจอยู่นานประมาณ 5-30 นาที ควรนึกถึง paroxysmal hemicrania ซึ่งจะตอบสนองดีต่อ indomethacin โดยเริ่มรักษาในขนาด 25 มก.ต่อวัน แล้วเพิ่มทุก 3-4 วันจนอาการดีขึ้น ขนาดสูงสุดไม่เกิน 250 มก./วัน ผลข้างเคียงอาจทำให้มีอาการปวดศีรษะได้ในขนาดสูง พบบ่อยในผู้สูงอายุหรือมีความผิดปกติของสมองอยู่ก่อน

Status migrainosus กรณีที่อาการปวดศีรษะรุนแรงและเป็นนานกว่า 72 ชั่วโมง ควรรับไว้เป็นผู้ป่วยใน รักษาด้วย systemic steroid เช่นให้กิน prednisolone 75 มก./วัน ถ้ากินไม่ได้ ให้ hydrocortisone 100 มก.ฉีดเข้าเส้นทุก 6 ชั่วโมง หรือใช้ dexamethasone 4 มก.ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้งนาน 3 วัน และให้การรักษาประคับประคองอื่นๆ เช่น ยาแก้อาเจียน rehydration

การปวดศีรษะจากมีสิ่งกีดขวางในสมอง (structural causes)

1. จากเนื้องอกในสมอง อาการปวดศีรษะที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง พบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ร่วมกับอาการเฉพาะที่อื่นๆ เช่น อาการอ่อนแรง หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์ หรืออาการชัก พบน้อยมากที่ผู้ป่วยจะมีเพียงอาการปวดศีรษะอย่างเดียว ในกลุ่มที่เป็นเนื้องอกชนิดเนื้อร้าย เนื้องอกที่โตเร็ว หรืออยู่ในตำแหน่ง posterior fossa ซึ่งมีการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง จะมีอาการปวดศีรษะเป็นอาการเด่น

2. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการตามัว หรือตรวจพบ papilledema โดยที่ผล CT-brain ปกติต้องนึกถึงภาวะ idiopathic intracranial hypertension ซึ่งการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังจะพบว่ามีความดันสูง แต่ไม่พบความผิดปกติของน้ำไขสันหลัง การรักษาอาจต้องทำ shunt หรือให้การรักษาพิเศษ เพื่อป้องกันตาบอด

3. Subdural hematoma มักพบในผู้สูงอายุ จะมีอาการปวดขมับหรือปวดทั่วไป มักไม่มีอาการผิดปกติอื่นๆ ยกเว้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตรวจพบการอ่อนแรงเป็นพักๆ หรือมีอาการชัก ซึมหรือเชื่องช้ามาก ซึ่งเป็นในระยะท้ายๆ ที่มีภาวะเลือดคั่งอยู่นาน

4. Brain abscess อาการปวดศีรษะเป็นอาการนำถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีฝีในสมอง มักมีอาการทางกายหรือทางระบบประสาทเสมอ อาการจะค่อยเป็นค่อยไปเป็นสัปดาห์ และรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ อาการสำคัญที่นำมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และระดับการรู้ตัวเปลี่ยนแปลง อาการไข้หรือความผิดปกติเฉพาะที่ของทางระบบประสาทพบเป็นอาการนำได้ร้อยละ 50 อาการชักพบได้ร้อยละ 25 ถ้าผู้ป่วยมีประวัติชักควรให้ยากันชักป้องกันการชักครั้งต่อไปทันที เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสชักซ้ำ ในขณะที่ชักผู้ป่วยจะขาดออกซิเจนทำให้สมองบวมมากมี brain herniation ถึงตายได้ ถ้าสงสัยภาวะนี้ต้องส่งตรวจด้วย CT scan

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการปวดศีรษะ เชื้อที่พบบ่อยคือ Toxoplasmosis ในบางสถานที่จะไม่ส่งตรวจ CT ทุกรายเมื่อได้ประวัติชัดเจนและตรวจร่างกายพบ multifocal neurological deficits จะให้การรักษา Toxoplasmosis ไปก่อน ควรวินิจฉัยแยกโรคจาก malignant lymphoma, cryptococcosis หรือเนื้องอกสมองชนิดอื่นๆ ด้วย การส่งตรวจด้วย MRI จะให้ข้อมูลดีกว่า CT

การปวดศีรษะจากสมองที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง (nonstructural causes)

1. Giant cell arteritis หรือ temporal arteritis มักพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี (โดยมากอายุ 65 ปีขึ้นไป) อาการปวดมักจะเฉียบพลัน ค่อยๆ รุนแรงขึ้นและเป็นเฉพาะที่ อาจตรวจพบ superficial temporal artery บวม แข็ง ไม่เต้น (pulselessness) มีอาการทางสมอง เช่น diplopia, visual loss มีอาการทางกาย เช่น ไข้ น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เหนื่อยแตก ตรวจพบ ESR มากกว่า 50 มม./ชม. หากสงสัยต้องรีบรักษาด้วย prednisolone 1 มก./กก./วัน แบ่งให้ 2 มื้อต่อวันในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่สอง คงการรักษาไว้อย่างน้อย 1 เดือน แล้วค่อยลดลงช้าๆ ภายใน 6 เดือน ถ้ามีอาการทางตาควรรับไว้ในโรงพยาบาลและให้ systemic steroid โดยมากอาการ

ปวดศีรษะจะตอบสนองต่อการรักษาดีในเวลาเป็นชั่วโมง ถ้าการตอบสนองไม่ดีต้องพิจารณาว่าการวินิจฉัยอาจจะผิดพลาด

2. Meningeal headache ที่พบบ่อยคือการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มสมอง อ่านรายละเอียดได้ในภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ทั่วไป

3. Post cerebral concussion headache ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะหลังอุบัติเหตุที่ศีรษะที่ไม่รุนแรง อาการมักจะเริ่มหลังประสบอุบัติเหตุประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยมากผู้ป่วยจะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ วิดกกังวล รักษาได้ผลดีด้วย amitriptyline 10-50 มก./วัน

4. การปวดศีรษะเนื่องจากยา ยาที่ใช้รักษาโรคต่างๆ อาจจะทำให้เกิดการปวดศีรษะได้ชนิดต่างๆ กัน ซึ่งมักจะมีอาการปวดศีรษะเมื่อใช้ยาดังกล่าว เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาในกลุ่ม NSAID ยารักษาความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่วนบางรายอาจปวดศีรษะจากการหยุดยาทันทีเมื่อใช้ยาเป็นเวลานาน ซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยปวดศีรษะเรื้อรังที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กัมมันต์ พันธุมจินดา, เอระวดี มิตรภักดี. การใช้ยาและปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยปวดศีรษะ. ใน: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค. กรุงเทพมหานคร, 2535: 39-56.
2. นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณธิการ. Headache. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.
3. Diamond S. Migraine headache: prevention and management. New York: Marcel Dekker Inc, 1990.
4. Dodick D. Headache as a symptom of ominous disease. Post Grad Medicine 1997; 10:46-66.
5. Fettes I. Menstrual migraine. Post Grad Medicine 1997; 10: 67-80.
6. Silberstein SD, Young, WB, Lipton RB. Migraine and cluster headaches. In: Johnson RT, Griffin JW, eds. Current therapy in neurologic disease. 5th ed. New York: Mosby, 1997:85-92.
7. Welch KMA. The therapeutics of migraine. Curr Opin Neurol Neurosurg 1993; 6:169-75.