

# ภาวะปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน

ศก.อุว.สมศักดิ์ เกียมเก่า

สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

ภาวะปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินหนึ่งทางอายุรศาสตร์ที่ผู้ป่วยมาขอการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีอาการปวดศีรษะที่ทรมาณมาก จนไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ หรือนอนหลับได้ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่แล้วสาเหตุของการปวดศีรษะเป็นชนิดไม่ร้ายแรง (functional หรือ primary headache หรือ non-organic headache) ได้แก่ ปวดศีรษะไมเกรน (migraine headache) ปวดศีรษะคลัสเตอร์ (cluster headache) ปวดศีรษะจากความเครียด (tension typed headache) และปวดศีรษะที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ (sexual related headache) แต่ก็มีปวดศีรษะที่มีสาเหตุร้ายแรง (organic headache หรือ secondary headache) เช่น subarachnoid hemorrhage (SAH), central nervous system (CNS) infection และเลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) เป็นต้น ดังนั้น สิ่งสำคัญในกรณีนี้ให้การรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน คือ การรักษาอาการปวดศีรษะให้ดีขึ้นและต้องพยายามคัดกรอง แยกผู้ป่วยที่มีสาเหตุร้ายแรงออกจากผู้ป่วยปวดศีรษะชนิดไม่ร้ายแรงให้ได้ผู้ป่วยอาการปวด

ศีรษะรุนแรงเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินแสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงสาเหตุของผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

วินิจฉัย	ร้อยละ
<b>Primary headaches</b>	54.1
Cluster headache	2.7
Migraine	22
Unspecified primary headache	17.6
Tension-type headache	11.1
Trigeminal neuralgia	0.7
<b>Secondary headaches</b>	42.1
<b>Benign pathologies</b>	28.8
Systemic illness	15.8
Dental/ENT cause	6.3
Cervicogenic headache	3.8
Drug side effect	1.2
<b>Serious pathologies</b>	13.3
Subarachnoid haemorrhage	3.4
Cerebral infarct	2.9
Transient ischaemic attack	2
Meningitis (bacterial and viral)	1.3
Intracerebral haemorrhage	1.3
Neoplasia (primary and secondary)	0.8
Carbon monoxide poisoning	0.4
Temporal arteritis	0.2

การให้การคัดกรองและการรักษาที่ดีนั้นต้องเริ่มต้นจากการได้ประวัติที่สำคัญเพื่อแยกสาเหตุต่างๆออกจากกันและให้การรักษาที่ถูกต้องได้

### ประวัติสำคัญที่ต้องทราบ

การได้ประวัติที่ครบถ้วนในส่วนสำคัญ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง และต้องประเมินให้ดี ได้แก่

1. อาการปวดศีรษะครั้งนี้ เป็นครั้งรุนแรงที่สุดในชีวิต หรือไม่
2. ระดับความรุนแรงของการปวดศีรษะ โดย visual analog scale 1 ถึง 10
3. อาการปวดศีรษะครั้งนี้เป็นอาการปวดศีรษะที่เป็นประจำหรือไม่
4. มีอาการผิดปกติอื่นๆ ก่อนที่จะมีอาการปวดศีรษะครั้งนี้ หรือไม่
5. นอกจากอาการปวดศีรษะ มีอาการผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่
6. อาการปวดศีรษะครั้งนี้เริ่มเป็นเมื่อไหร่

7. อาการปวดศีรษะครั้งนี้ค่อยๆ เป็นหรือเป็นขึ้นมาอย่างรวดเร็วทันที

8. ตำแหน่งที่ปวดศีรษะ
  9. อาการปวดศีรษะกระจายไปบริเวณไหนบ้าง
  10. ลักษณะการปวดศีรษะเป็นแบบปวดตื้อ(throbbing), แบบมีดแทง (stabbing) , แบบตื้อ (dull)
  11. มีโรคประจำตัวหรือไม่ โรคอะไรเช่น โรคไต หัวใจ ติดเชื้อเอช ไอ วี
  12. ทานยาประจำอะไรบ้าง เช่น ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant)
  13. ช่วงนี้มีอุบัติเหตุที่ศีรษะ และอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น ปวดฟัน ไปทำฟันมาหรือไม่
- ภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงและมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทางคลินิกผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน

ภาวะ	ลักษณะสำคัญ
Acute glaucoma	มองไม่ชัด, คลื่นไส้, อาเจียน, เห็นวงรอบดวงไฟ
Subdural hematoma	ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ, ความรู้สึกตัวลดลง, ผิดปกติทางระบบประสาท
Acute severe hypertension	ความดันสูง 210/120 มม.ปรอท, สับสน, กระสับกระส่าย
Pseudotumor cerebri	คลื่นไส้, อาเจียน, มองไม่ชัด, จอประสาทตาบวม, ปวดมากเมื่อไอ จาม เบ่ง เปลี่ยนท่าทาง
Cervical spondylosis	ปวดเมื่อเคลื่อนไหวคอ, ผู้สูงอายุ, ปวดร้าวไปกลางศีรษะ หน้าผาก, ปวดมากด้านหลังศีรษะท้ายทอย
Encephalitis	สับสน, ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง, ความผิดปกติทางระบบประสาท
Sinusitis	ปวดมากเมื่อเปลี่ยนท่า, ไอ, เบ่ง, แ่น้ำจมูก, กดเจ็บบริเวณไซนัส

ภาวะ	ลักษณะสำคัญ
Occipital neuralgia	ปวดบริเวณด้านหลังศีรษะ ท้ายทอย, ปวดเสียว, ราวไปกลางศีรษะ หน้าผาก
Meningitis	ไข้ปวดศีรษะ ต้นคอแข็งตึง
Post concussion syndrome	ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ, วิงเวียน, หนักศีรษะ, ไม่มีสมาธิ, ความจำไม่ดี, เหนื่อยเพลีย
SAH	ปวดศีรษะที่รุนแรงที่สุด เหมือนหัวจะระเบิด
Temporal arteritis	อายุมากกว่า 50 ปี กดเจ็บบริเวณขมับ ปวดกราม มองไม่ชัด ไข้ อ่อนเพลีย
Trigeminal neuralgia	ปวดเสียวแปล็บๆ เหมือนไฟช็อต, มีดแทงบริเวณ แก้ม ใบหน้า กราม

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมีผลการตรวจร่างกายปกติ ดังนั้น การได้มาซึ่งประวัติที่ดีข้างต้น จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวินิจฉัยแยกโรค สาเหตุร้ายแรงและไม่ร้ายแรงออกจากกันได้ประวัติที่เป็นลักษณะสำคัญในการแยกโรคและแนวทางการสืบค้นที่เป็นสาเหตุร้ายแรง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงประวัติที่สำคัญและโรคที่ร้ายแรงและแนวทางการสืบค้น

ลักษณะสำคัญ	วินิจฉัยแยกโรค	การตรวจเพิ่มเติม
ปวดศีรษะครั้งแรกหลังจากอายุ 50 ปี	Temporal cell arteritis, เนื้องอกในสมอง	ESR, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง
อาการปวดศีรษะรุนแรงทันที	SAH, pituitary apoplexy, เลือดออกในก้อนเนื้ออกสมอง	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, เจาะหลังถ้าผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติ
อาการปวดศีรษะรุนแรงมากขึ้น เป็นบ่อยมากขึ้น	เนื้องอกในสมอง, subdural hematoma, medication overuse headache	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, ประวัติการใช้ยาแก้ปวด
อาการปวดศีรษะในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรคเมเร็ง	เยื่อหุ้มสมองติดเชื้อ, มะเร็งกระจายมาที่เยื่อหุ้มสมอง, เนื้องอกสมอง, cerebral toxoplasmosis	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, เจาะหลังถ้าผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติ
ปวดศีรษะร่วมกับต้นคอแข็ง (stiffness of neck) ไข้	เยื่อหุ้มสมองติดเชื้อ	เจาะหลัง, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (ถ้าจำเป็น)
แขนขาอ่อนแรง	เนื้องอกในสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง
จอประสาทตาบวม (papilledema)	เนื้องอกในสมอง, เยื่อหุ้มสมองอักเสบเรื้อรัง, ภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure)	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง, เจาะหลัง
ปวดศีรษะหลังจากมีอุบัติเหตุต่อศีรษะ (head injury)	เลือดออกในสมอง, subdural hematoma, epidural hematoma, post-traumatic headache	เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

นอกจากอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากโรคที่รุนแรงข้างต้นแล้ว โรคปวดศีรษะไมเกรนและโรคปวดศีรษะคลัสเตอร์ก็เป็นอีก 2 สาเหตุของปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันที่ไม่มีรอยโรคในสมอง ที่พบบ่อยในแผนกฉุกเฉิน การวินิจฉัยที่ถูกต้องนั้นต้องใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ดังนี้

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะคลัสเตอร์

A. มีอาการอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยมีอาการต่างๆ ในข้อ B ถึง D

B. ปวดศีรษะรุนแรงข้างเดียวบริเวณเบ้าตา(orbital) เหนือเบ้าตา (supra-orbital)หรือขมับ นาน 15 - 180 นาที (กรณีไม่รักษา)

C. อาการปวดศีรษะร่วมกับอาการหรืออาการแสดงร่วมต่อไปนี้

1. ตาแดง
2. น้ำตาไหล
3. คัดจมูก
4. น้ำมูกไหล
5. เหงื่อออกบริเวณใบหน้า หน้าผาก

ข้างที่ปวด

6. รูม่านตาเล็ก
7. หนังตาตก
8. เปลือกตาบวม

D. มีอาการบ่อยๆ ตั้งแต่ 1-8 ครั้งต่อวัน และเป็นซ้ำในวันต่อๆ มา

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะไมเกรน

**ปวดศีรษะไมเกรนชนิดไม่มีอาการนำ (migraine without aura)**

A. มีอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยมีลักษณะในข้อ B ถึง C

B. อาการปวดศีรษะนาน 4-72 ชั่วโมง (กรณีไม่รักษาหรือรักษาไม่หาย)

C. มีลักษณะของอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 2 ข้อ ต่อไปนี้

1. ปวดศีรษะข้างเดียว
2. ปวดแบบตุ๊บ
3. ความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง
4. ปวดแรงขึ้นเมื่อมีการเดินขึ้นบันได

เคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม

D. ระหว่างปวดศีรษะ มีลักษณะต่อไปนี้คือ

1. คลื่นไส้หรืออาเจียน
2. กลัวแสง กลัวเสียง

**ปวดด้วยไมเกรนชนิดมีอาการนำ (migraine with aura)**

A. มีอาการปวดศีรษะอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป โดยมีลักษณะในข้อ B

B. มีลักษณะการปวดศีรษะอย่างน้อย 3 ข้อต่อไปนี้

1. มีอาการนำ(aura) ที่เป็นแล้วหายเอง บ่งชี้ว่ามีความผิดปกติของ cerebral cortex หรือ brainstem

2. มีอาการนำที่ค่อยๆ เป็นนานมากกว่า 4 นาที

3. อาการนำดังกล่าว ต้องไม่นานกว่า 60 นาที (ถ้ามีอาการนำหลายครั้ง ครั้งหนึ่งอาจรุนแรง นานกว่า 60 นาทีได้)

4. อาการปวดศีรษะตามหลังอาการนำ โดยอาจมีช่วงไม่มีอาการน้อยกว่า 60 นาที (อาการปวดศีรษะอาจเกิดก่อนหรือพร้อมกับอาการนำได้)

เนื่องจากปวดศีรษะไมเกรน เป็นภาวะที่พบบ่อยที่นำผู้ป่วยมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน แต่ก็อาจมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ใช่ปวดศีรษะไมเกรนปะปนมาด้วย ถ้าแพทย์ประเมินไม่ถูกต้องก็อาจส่งผลให้การรักษาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ไมเกรนอาจได้รับการรักษาแบบไมเกรน จึงมีข้อแนะนำว่าก่อนที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นไมเกรนและให้การรักษานั้นควรสอบถามประวัติและตรวจร่างกาย เพิ่มเติมดังนี้

#### ประวัติ

1. ครั้งนี้เป็นครั้งที่รุนแรงที่สุดหรือไม่
2. มีประวัติอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่ที่จะปวดครั้งนี้
3. มีอาการผิดปกติอื่นๆที่แตกต่างจากครั้งก่อนๆ หรือไม่

4. ความรู้สึกตัวผิดปกติหรือไม่

5. ปวดตึงต้นคอหรือไม่

6. มีอาการปวดร้าวลงมากางหลังหรือไม่

7. มีไข้ร่วมด้วยหรือไม่

#### ตรวจร่างกาย

1. สัญญาณชีพปกติหรือไม่

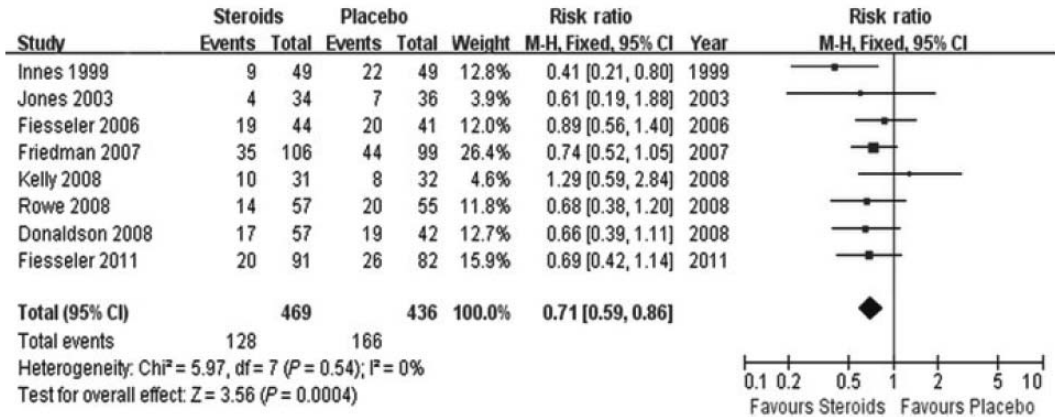
2. ตรวจจอบประสาทตาปกติหรือไม่

3. พูดชัดเจน คิดคำพูดได้ปกติ หรือไม่

4. ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาท รวมทั้งไม่เซ เดินได้ปกติ

ถ้าพบว่ามีประวัติข้อหนึ่งข้อใดข้างต้น ควรประเมินให้ละเอียดว่ามีโรคหรือสาเหตุอื่นๆที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะครั้งนี้หรือไม่ เพราะอาจมีโอกาที่จะไม่ใช่ปวดศีรษะไมเกรน ที่สำคัญต้องให้มีการตรวจร่างกายโดยละเอียดตามข้อแนะนำข้างต้น ซึ่งต้องปกติทั้งหมด จึงสามารถให้การวินิจฉัยและให้การักษาแบบปวดศีรษะไมเกรนได้

การรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่มีอาการรุนแรง แนะนำให้ยา dexamethazone ขนาดสูง (4 มก.ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง) พบว่าได้ผลดีและลดการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนซ้ำได้ ดังข้อมูลจากการศึกษา meta-analysis and systematic review ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Forest plot ประสิทธิภาพสเตียรอยด์ร่วมกับการรักษามาตรฐานเปรียบเทียบกับยาหลอก ร่วมกับการรักษามาตรฐาน

นอกจากนี้ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนหรือปวดศีรษะจากความเครียดอาจมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรง จากการใช้ยาแก้ปวดเกินขนาด

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะใช้ยาแก้ปวดเกินขนาด ได้แก่

1. ใช้ยาแก้ปวดตั้งแต่ 15 วันต่อเดือน และ/หรือใช้ยากลุ่ม opioid, ergots และ triptans สม่่าเสมอ หรือการใช้ยาแก้ปวดหลายชนิดร่วมกัน ตั้งแต่ 10 วันต่อเดือน
2. อาการปวดศีรษะมีเกือบทุกวัน
3. อาการปวดศีรษะรุนแรงหลังตื่นนอนตอนเช้า
4. อาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้นเมื่อหยุดยา การวินิจฉัยยืนยันด้วยผลการรักษา เมื่อหยุดยาแก้ปวดแล้ว 2 เดือน อาการปวดศีรษะดีขึ้น

การรักษาที่แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่บางกรณีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมาตรวจซ้ำก่อนนัด เพราะอาการเป็นซ้ำและรุนแรง
2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะได้
3. อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
4. อาการผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น และ/หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาท
5. อาการเป็นๆ หายๆ และรุนแรงมากขึ้น
6. อาการรุนแรงจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
7. ผู้ป่วยมีลักษณะการปวดศีรษะที่สงสัยว่าจะมีสาเหตุที่ร้ายแรง

## อาการปวดศีรษะต่อไปนี้ที่ควรระวังไว้ว่าจะมีสาเหตุที่ร้ายแรง ได้แก่

1. อาการปวดศีรษะที่เป็นครั้งแรกและมีความรุนแรงมาก
  2. อาการปวดศีรษะรุนแรงทันทีเหมือนหัวจะระเบิด
  3. อาการปวดศีรษะที่มีอาการนำ (aura) นานมากกว่า 1 ชั่วโมง เพราะอาจเป็น TIA
  4. มีเฉพาะอาการนำ(aura) แต่ไม่มีอาการปวดศีรษะ (เพราะอาจเป็น TIA)
  5. อาการนำ (aura) ที่เกิดขึ้นครั้งแรกในผู้หญิงที่ใช้ยาฮอร์โมนคุมกำเนิด อาจเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
  6. อาการปวดศีรษะครั้งแรกในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปี
  7. อาการปวดศีรษะที่รุนแรงมากขึ้น นานมากกว่า 1 สัปดาห์ แต่ไม่ดีขึ้น
  8. อาการปวดศีรษะรุนแรงมากขึ้น โดยการออกกำลังกาย เบ่งถ่าย เปลี่ยนท่าทาง บ่งชี้ว่ามีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง
  9. อาการปวดศีรษะครั้งแรกในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
  10. ตรวจพบใช้ร่วมกับปวดศีรษะโดยไม่มีสาเหตุอื่น ๆ ต้องคิดถึงภาวะเยื่อหุ้มสมองติดเชื้อ
  11. อาการปวดศีรษะร่วมกับความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น แขน ขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว
- การให้การรักษานักผู้ป่วยปวดศีรษะที่แผนกฉุกเฉินนั้นนอกจากการซักประวัติที่ดีแล้วต้องร่วมกับการตรวจร่างกายทางระบบประสาทและระบบ

อื่นๆ ที่ครบถ้วน แต่ก็ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ บางกรณีจึงต้องส่งตรวจเพิ่มเติม การส่งตรวจเพิ่มเติมบ่อยที่สุด คือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อพิสูจน์ว่ามีรอยโรคในสมอง เช่น เลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมองหรือเนื้อสมอง ก้อนเนื้อออก หรือฝีในสมอง การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

## เมื่อใดที่ผู้ป่วยต้องส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

1. ผู้ป่วยปวดศีรษะและมีความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความจำลดลง
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะครั้งแรกรุนแรงที่สุดในชีวิต
3. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีอาการปวดศีรษะ
4. ผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดศีรษะครั้งแรกถึงแม้จะตรวจร่างกายปกติ
5. ผู้ป่วยสงสัย subarachnoid hemorrhage (SAH) ทุกราย ถ้าผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ปกติ ให้เจาะหลัง (lumbar puncture: LP) ผู้ป่วยทุกราย ถ้าผลเจาะหลังปกติ ก็ไม่มีความจำเป็นต้องทำ angiography ต่อ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้จะส่งตรวจ angiography ผลการตรวจก็จะไม่พบความผิดปกติ และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการรักษาดี มีโอกาสการเกิดอาการซ้ำน้อยมาก

บางกรณีแพทย์คิดถึงภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมอง (meningitis) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะและต้นคอแข็งตึง แต่ก็กังวลใจว่าจะต้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนหรือไม่ กรณีไหนบ้างที่สามารถเจาะหลังได้เลยโดยไม่ต้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนได้แก่

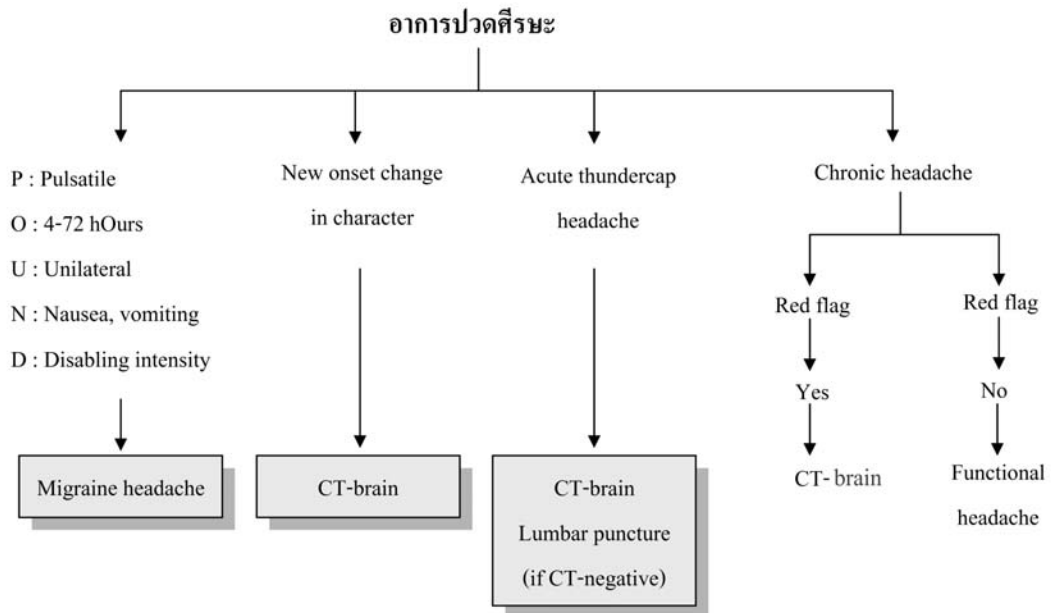
1. ผู้ป่วยที่มีลักษณะของ meningitis โดยไม่มีลักษณะของภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เช่น papilledema, lateral rectus palsy
2. ผู้ป่วย normal host
3. ผู้ป่วยไม่ทานยาละลายลิ่มเลือดหรือมีภาวะความผิดปกติทางการแข็งตัวของเลือด
4. ผู้ป่วยไม่มีลักษณะทางคลินิกของ encephalitis (ไข้ ลับสน ชัก) ร่วมด้วย

กรณีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโรคไตวาย ทานยาละลายลิ่มเลือด มีอาการชักก่อนมาพบแพทย์ ตรวจพบ papilledema, lateral rectal palsy และความรู้สึกตัวผิดปกติร่วมด้วย ควรเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนเจาะหลังเสมอ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีรอยโรคในสมอง ที่เป็นข้อห้ามในการเจาะหลังหรือไม่

บางกรณีผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงที่สุดในชีวิต และเป็นขึ้นอย่างทันทีทันใด แพทย์ต้องคิดถึงว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันจากภาวะ SAH ก่อนเสมอจึงมีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับ SAH จากคำแนะนำของ Ottawa SAH rule แนะนำไว้ว่า ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี มีอาการปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่มีประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ และอาการปวดศีรษะนั้นรุนแรงมากขึ้นสูงสุดใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีลักษณะต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ควรคิดถึง SAH ได้แก่

1. อายุตั้งแต่ 40 ปี
2. ปวดต้นคอ หรือต้นคอแข็งตึง (stiffness of neck)
3. มีหลักฐานแน่ชัดว่าหมดสติ
4. อาการเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรม
5. อาการปวดแบบรุนแรงขึ้นมาทันที
6. ตรวจพบต้นคอแข็งตึง





**Red flag:**ลักษณะที่ต้องคิดถึงสาเหตุที่ร้ายแรง

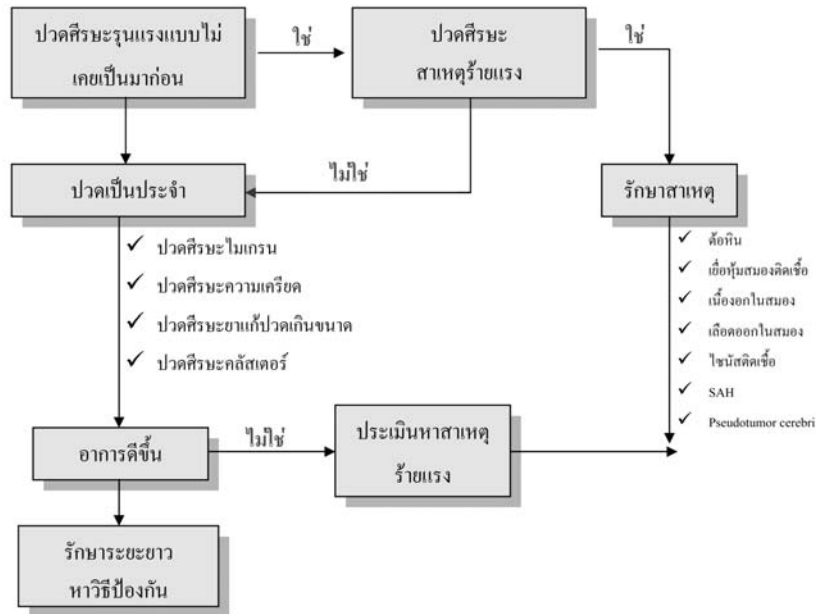
**ภาพที่ 2** แนวทางการพิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

**สรุป**

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 4** ผู้ป่วยลักษณะต่างๆ ที่แผนกฉุกเฉินและแนวทางการวินิจฉัย

กลุ่มอาการ	แนวทางการวินิจฉัย
1. ปวดศีรษะรุนแรงแบบหัวจะระเบิด ร่วมกับอาเจียนหมดสติ ความรู้สึกตัวลดลง	CT-brain ถ้าให้ผลปกติ ควรตรวจ lumbar puncture ต่อ ถ้าให้ผลลบอีกให้สังเกตอาการต่อ 24 ชั่วโมง
2. ปวดศีรษะรุนแรงร่วมกับไข้ คอแข็ง	Lumbar puncture และ/หรือ CT-brain
3. ปวดศีรษะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นสัปดาห์ที่ไม่ดีขึ้น	CT-brain, ตรวจเลือด, ESR และประเมินอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้
4. ปวดศีรษะเป็นประจำเป็นๆ หายๆ	ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท ถ้าปกติคิดถึงสาเหตุที่ไม่รุนแรงและอาจต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้การรักษาในระยะยาวที่เหมาะสม



ภาพที่ 3 แนวทางการจัดการผู้ป่วยปวดศีรษะที่ห้องฉุกเฉิน

**บรรณานุกรม**

1. Colman I, Friedman WB, Brown DM, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. doi:10.1136/bmj.395666.806725.BE.
2. Edlow AJ, Panagos DP, Godwin AS, et al. Clinical Policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the Emergency Department with acute headache. Ann Emerg Med 2008;52:407-36.
3. Gilmore B, Michael M. Treatment of acute migraine headache. American Family Physician 2011;83:271-80.
4. Grimaldi D, Cevoli S, Cortelli P. Headache in the Emergency Department. How to handle the problem? Neurol Sci 2008;89:S103-6.
5. Gupta XM, Silberstein DS, Young BW, et al. Less is not more: underutilization of headache medications in a University Hospital Emergency Department. Headache 2007;47:1125-33.
6. Huang Y, Caia X, Song X, et al. Steroids for preventing recurrence of acute severe migraine headaches: a meta-analysis. European Journal of Neurology 2013;20: 1184-90.

7. Jonathan A, Peter D, Steven A, et al. Clinical policy : Critical issue in the evaluation and management of adult patients presenting to the Emergency Department with acute headache. *J Emerg Nurs* 2009;35:e43-e71.
8. Kelley EN, Tepper ED. Rescue therapy for acute migraine, Part 1: Triptans, Dihydroergotamine, and Magnesium. *Headache* 2012;52:114-28.
9. Maizels M. Headache evaluation and treatment by primary care physicians in an Emergency Department in the era of triptans. *Arch Intern Med* 2001;161:1969-1973.
10. Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. *Headache* 2003;43:441-50.
11. Mark W. The emergency management of headache. *The neurologist* 2003;9:93-8.
12. Martelletti P, Farinelli I, Steiner J T. Acute migraine in the Emergency Department: extending European principles of management. *Intern Emerg Med* 2008;3:S17-S24.
13. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, et al. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging?. *JAMA* 2006;296:1274-83.
14. Perry JJ, Stiell G Ian, Marco AL, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. *JAMA* 2013;310:1248-55.
15. Singh A, Alter JH, Zaia B. Does the addition of Dexamethasone to standard therapy for acute migraine headache decrease the incidence of recurrent headache for patients treated in the Emergency Department? A meta-analysis and systematic review of the literature. *Academic Emergency Medicine* 2008;15:1223-33.