

# ภาวะปวดศีรษะในเด็ก

## รศ.นันทน์ ภาปราชญ์

### บทนำ

ภาวะปวดศีรษะเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กทั้งที่มาห้องฉุกเฉินและคลินิกผู้ป่วยนอก โดยสาเหตุอาจจะไม่มีอะไรร้ายแรงคล้าย ๆ กับการติดไวรัสทั่วไป หรืออาจจะรุนแรงมาก เช่น ภาวะเนื้องอกในสมอง<sup>1</sup> ถึงแม้ภาวะปวดศีรษะบางชนิดไม่ได้ก่อให้เกิดความรุนแรงถึงชีวิต แต่ก็ทำให้เด็กขาดเรียน มีคุณภาพชีวิตที่แย่งคล้าย ๆ กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ชนิดของอาการปวดศีรษะมักแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปวดศีรษะปฐมภูมิ (primary headache) และปวดศีรษะทุติยภูมิ (secondary headache)

**ปวดศีรษะปฐมภูมิ (primary headache)** ที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะไมเกรน, ปวดศีรษะ tension, และ trigeminal autonomic cephalalgia โดยเกณฑ์การวินิจฉัย primary headache จะใช้ของ International Headache Society (IHS)

**ปวดศีรษะทุติยภูมิ (secondary headache)** หมายถึง ภาวะปวดศีรษะที่มีสาเหตุอื่น เช่น ภาวะติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ, โรคหลอดเลือดในสมอง หรือภาวะบาดเจ็บบริเวณศีรษะและลำคอ

ในบทนี้จะแสดงถึงหลักการซักประวัติ ตรวจร่างกายสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการปวดศีรษะ และกล่าวถึงกลุ่มโรคปวดศีรษะปฐมภูมิเป็นหลัก

## ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ทั่วโลกของภาวะปวดศีรษะในเด็กและวัยรุ่นพบได้ถึงร้อยละ 60 โดยร้อยละ 7.7-11 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไมเกรน<sup>2,3</sup>

## การซักประวัติอาการปวดศีรษะ<sup>1,3</sup>

การซักประวัติอาการปวดศีรษะในเด็กควรซักจากทั้งเด็ก และผู้ปกครองหรือผู้ดูแล โดยแนะนำแนวทางการซักประวัติดังนี้

1. ความถี่ของอาการปวดศีรษะ
2. ลักษณะอาการปวดศีรษะ ปวดตื้อ ๆ (throbbing) เป็นลักษณะของไมเกรน หรือตื้อ ๆ (dull) ที่พบในปวดศีรษะ tension
3. รูปแบบการปวดศีรษะ – การปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นอาการใหม่ หรือปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นแบบเฉียบพลันหรือเป็นแบบเรื้อรัง ซึ่งลักษณะการปวดศีรษะสามารถบอกคร่าว ๆ ถึงสาเหตุได้ ดังแสดงในตารางที่ 1
4. ตำแหน่งการปวดศีรษะ

การปวดศีรษะบริเวณ occipital ร่วมกับการตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่ผิดปกติควรระวังโรคร้ายแรง เช่น posterior fossa tumor

อาการปวดเฉพาะที่อาจพบได้ในภาวะหูอักเสบ, ความผิดปกติของข้อต่อ temporomandibular, optic neuritis หรือ maxillary sinusitis

5. ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ ในผู้ป่วยเด็กแนะนำให้ใช้ Face Pain Scale หรือถามนำว่า อาการปวดนั้นเล็กน้อย ปานกลาง หรือแสบมาก ในผู้ป่วยวัยรุ่นแพทย์สามารถถามโดยให้คะแนนความรุนแรงของอาการปวดเป็นตัวเลข 0 ถึง 10
6. ลักษณะร่วมอื่น ๆ
  - a. อาการนำก่อนที่จะมีอาการปวดศีรษะ (premonitory symptoms) พบว่า มีผู้ป่วยเด็กถึง 1 ใน 3 ของโรคปวดศีรษะไมเกรน รายงานว่า มีอาการนำ เช่น หน้าซีด, อ่อนเพลีย, วุ่นวาย, อารมณ์เปลี่ยนแปลง และหาว
  - b. อาการนำของไมเกรน (migraine aura) อาการนำทางตา (visual aura) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปวดศีรษะไมเกรนในเด็ก เด็กอาจจะบรรยายว่า เห็นจุด, แสง, หรือเส้นนำมาก่อนได้

ตารางที่ 1 รูปแบบการปวดศีรษะและความสัมพันธ์กับสาเหตุที่เป็นไปได้

รูปแบบการปวดศีรษะ	สาเหตุที่เป็นไปได้
การปวดศีรษะแบบเฉียบพลัน (acute headache)	ภาวะติดเชื้อ (เช่น สมองอักเสบ, การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, หูอักเสบ, คออักเสบ, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ), ภาวะเลือดออกในบริเวณ subarachnoid หรือ intracranial, โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), ความดันเลือดสูง, ความผิดปกติทางเมตาบอลิก (น้ำตาลต่ำ, hypercapnia, ขาดออกซิเจน), หลังกัก, อุบัติเหตุ
การปวดศีรษะแบบเฉียบพลันและเป็นซ้ำ (acute recurrent headache)	ไมเกรน, ปวดศีรษะ tension, ปวดศีรษะ cluster, paroxysmal hemicrania, cranial neuralgias
การปวดศีรษะแบบเรื้อรังและมากขึ้น (chronic progressive headache)	เนื้องอกในสมอง, หนองในสมอง, เลือดออกในบริเวณ subdural, ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (hydrocephalus)
การปวดศีรษะแบบเรื้อรังแต่ไม่มากขึ้น (chronic non-progressive headache)	ไมเกรนเรื้อรัง, ปวดศีรษะ tension เรื้อรัง, ปวดศีรษะหลังการบาดเจ็บทางสมอง (post-concussion), ปวดศีรษะจากการใช้ยามากเกินไป (medication overuse), ภาวะซึมเศร้า
การปวดศีรษะแบบผสม (mixed headache)	ภาวะปวดศีรษะชนิดปฐมภูมิ (primary headache) เช่น ภาวะไมเกรนเรื้อรัง, ปวดศีรษะ tension เรื้อรัง

(เรียบเรียงโดย พญ.รศ.นันทน์ ภาปราศรัย รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 1)

- c. อาการของโรคปวดศีรษะไมเกรน ได้แก่ อาการที่อยู่ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะไมเกรน เช่น ไวต่อแสงและเสียง, คลื่นไส้หรืออาเจียน
- อาการที่ผู้ปกครองมักเป็นคนสังเกตเห็น เช่น หน้าซีด, เบื่ออาหาร, เวียนศีรษะ, อ่อนเพลีย และภาวะกลัวกลิ่น (osmophobia)
- d. อาการของระบบประสาทอัตโนมัติในกะโหลก (cranial autonomic symptoms) ได้แก่ ตาแดง, น้ำตาไหล, คัดจมูก, น้ำมูกไหล, น้หนักตาตก, หูอื้อ, และหน้าแดง อาการเหล่านี้มักพบ 2 ข้าง (bilateral) ในผู้ป่วยไมเกรน แต่ถ้าพบ 1 ข้าง (unilateral) จะทำให้นึกถึงภาวะ trigeminal autonomic cephalalgia
7. อาการ red flags ตามตารางที่ 2 เพื่อหาสาเหตุที่เป็นไปได้ของภาวะปวดศีรษะทุติยภูมิ
- อาการ green flags ตามตารางที่ 3 เพื่อบ่งบอกแนวโน้มว่า อาการปวดศีรษะน่าจะไม่ใช่ประเภทภาวะปวดศีรษะทุติยภูมิ<sup>4</sup>

ตารางที่ 2 คำช่วยจำ (mnemonic) สำหรับ Red flags signs “SNOOP4Y”

Red flags	ภาวะที่ต้องคำนึงถึง
<b>Systemic signs</b>	
ไข้	ติดเชื้อ
ประวัติการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	เลือดออกในสมอง, ปวดศีรษะจากสมองถูกกระทบกระเทือน
อาเจียน	ไมเกรน, บ้างภัยเสี่ยงเนื้องอกในสมอง
น้ำหนักลด	มะเร็ง
โรคร่วมอื่น ๆ	โรคร่วมที่ทำให้การปวดหัวมีความเสี่ยงที่จะเกิดจากสาเหตุที่รุนแรง เช่น โรค rheumatology, oncology, vascular, และ hematology
ยา	ปวดศีรษะที่เป็นผลข้างเคียงจากยา
<b>Neurologic signs/symptoms</b>	เดินผิดปกติ, เซ, พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง, การมองเห็นผิดปกติ, ชัก
<b>Onset sudden</b>	ปวดศีรษะแบบ thunderclap คือ ปวดมากที่สุดตั้งแต่แรกอาจจะเกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง หรือ reversible cerebral vasoconstriction syndrome
<b>Onset in sleep/early morning</b>	ปวดศีรษะที่ทำให้ตื่นจากการนอนหลับ มักสัมพันธ์กับรอยโรคในสมองหรือจากภาวะ sleep apnea
<b>Positional exacerbation</b>	
Worse upright	ภาวะความดันในกะโหลกต่ำ (intracranial hypotension) หรือ postural tachycardia syndrome
Worse supine	ภาวะความดันในกะโหลกสูง เช่น เนื้องอกในสมอง หรือภาวะ idiopathic intracranial hypertension
<b>Precipitated by Valsalva</b>	ภาวะปวดศีรษะที่กระตุ้นจากการไอเบ่ง นึกถึงรอยโรคในสมอง เช่น Chiari mal-formation
<b>Parents (lack of family history)</b>	ในงานวิจัยหลายแห่งพบว่า การที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวปวดศีรษะมักสัมพันธ์กับอาการปวดหัวที่มีสาเหตุรุนแรงได้ และผู้ป่วยที่เป็นไมเกรนพบว่า ส่วนมากมีผู้ป่วยในครอบครัวเป็นโรคไมเกรน
<b>Progressive หรือ new</b>	การเปลี่ยนรูปแบบการปวดศีรษะ ความรุนแรงของอาการปวดศีรษะที่มากขึ้น
<b>Young age</b>	ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี

(เรียบเรียงโดย พญ.ธนิศนันท์ ภาปราศรัย รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 3)

## ตารางที่ 3 Green flags

อาการและอาการแสดง	จุดสำคัญ
1. ผู้ป่วยมีวันที่ไม่ปวดศีรษะ (headache-free day)	ภาวะปวดศีรษะปฐมภูมิ ส่วนใหญ่จะเป็น ๆ หาย ๆ  อย่างไรก็ตามภาวะปวดศีรษะทุติยภูมิ บางชนิดเช่น brain tumor ก็มีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ ได้เช่นกัน
2. การปวดศีรษะสัมพันธ์กับรอบเดือน	
3. สมาชิกในครอบครัวมีลักษณะการปวดศีรษะคล้ายกัน	พันธุกรรมมีส่วนทำให้เกิดไมเกรน, ปวดศีรษะ cluster และปวดศีรษะจากการใช้ยามากเกินไป
4. การปวดศีรษะเกิดหรือหยุดมากกว่า 1 สัปดาห์แล้ว	การปวดศีรษะที่มีสาเหตุรุนแรงมักเกิดภายในไม่กี่วัน

(เรียบเรียงโดย พญ.นันทน์ ภาปราศรัย รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 4)

8. ประวัติการสูญเสียความสามารถช่วงปวดศีรษะ (headache-related disability) ควรซักประวัตินี้จากทั้งผู้ป่วย และผู้ปกครองถึงผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งที่บ้านและโรงเรียน โดยแนะนำให้ทำตามแบบสอบถาม PedMIDAS ([cincinnatichildrens.org/service/h/headache-center/pedmidas](http://cincinnatichildrens.org/service/h/headache-center/pedmidas))<sup>5</sup>
9. โรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการปวดศีรษะ เช่น โรคอ้วน, โรคลมชัก, โรคมุมิแพ้, โรควิตกกังวลหรือซึมเศร้า, โรคสมาธิสั้น และโรคเกี่ยวกับการนอนหลับ
10. ประวัติทางสังคม เช่น ภาวะเครียดทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ตัวอย่างปัจจัยความเครียดที่สามารถกระตุ้นอาการปวดศีรษะ ได้แก่ ความเครียดทางการเงิน, ร่างกาย, อารมณ์, การถูกคุกคามทางเพศ, การหย่าร้างของผู้ปกครอง, การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว หรือภาวะติดสารเสพติด ในผู้ป่วยวัยรุ่นแนะนำให้ใช้เวลาที่ซักประวัติเหล่านี้โดยที่ผู้ปกครองไม่ได้อยู่ในห้องตรวจในขณะนั้น

## การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย

การซักประวัติ และตรวจร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการวินิจฉัยโรคหรือหาสาเหตุของการปวดศีรษะส่วนใหญ่แล้วอาการปวดศีรษะมักเกิดจากภาวะปวดศีรษะปฐมภูมิ แต่แพทย์ก็ไม่ควรพลาดการหาสาเหตุที่รุนแรงจากภาวะปวดศีรษะทุติยภูมิ

## การตรวจรังสีวินิจฉัยทางสมอง (neuroimaging)

ในหลายงานวิจัยพบว่า การตรวจรังสีวินิจฉัยทางสมอง (neuroimaging) ไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดศีรษะคงที่ ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท และไม่มี red flag signs ตามตารางที่ 2 อย่างไรก็ตามถ้าตรวจร่างกายพบความผิดปกติ หรือมี red flag signs ดังกล่าวควรส่งตรวจรังสีวินิจฉัยเพิ่มเติม<sup>6</sup>

## ข้อบ่งชี้ในการตรวจรังสีวินิจฉัยตามคำแนะนำของ American College of Radiology<sup>7</sup>

### ข้อบ่งชี้ในการทำ magnetic resonance imaging of brain (MRI brain)

1. อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นทันทีและรุนแรง
2. มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. ปวดศีรษะที่สงสัยภาวะติดเชื้อ
4. ต้องการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุภาวะปวดศีรษะชนิดทุติยภูมิ

### ข้อบ่งชี้ในการทำ computed tomography of brain (CT brain) แบบไม่ฉีดสี

คือ อาการปวดศีรษะรุนแรงแบบ thunder clap ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจาก ruptured aneurysm หรือ ruptured arteriovenous malformation

การพิจารณาทำ CT brain มักไม่ใช่ตัวเลือกที่ดีนักในการวินิจฉัยภาวะก้อนในสมอง หรือภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ในสมอง นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับรังสี และเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งในอนาคตจากการทำ CT การพิจารณาทำ MRI เป็นทางเลือกที่ดีในการตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ แต่การทำ MRI ในผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัดที่อาจจะต้องใช้การดมยาร่วมด้วยจึงทำให้มีระยะเวลาในการรอนานกว่า

### Lumbar puncture

ควรทำในรายที่ตรวจพบภาวะระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง (meningeal irritation signs) หรืออาการเข้าได้กับการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง นอกจากนี้ยังใช้ในการวินิจฉัยภาวะ idiopathic intracranial hypertension

## ภาวะปวดศีรษะปฐมภูมิ (primary headaches)

การวินิจฉัยภาวะปวดศีรษะปฐมภูมิจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจาก International Headache Society (IHS) หรือ ICHD-3 (The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition)<sup>8</sup> โดยในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะภาวะปวดศีรษะปฐมภูมิที่พบบ่อยเท่านั้น

## โรคปวดศีรษะไมเกรน (migraine)

ความชุกของโรคปวดศีรษะไมเกรนในเด็กแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายอายุน้อยกว่า 10 ปี พบได้ร้อยละ 5, ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีพบโรคปวดศีรษะไมเกรน ร้อยละ 7 ในเด็กผู้หญิง และร้อยละ 5 ในเด็กผู้ชาย, และในเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี พบโรคปวดศีรษะไมเกรนร้อยละ 10 ในเด็กผู้หญิงและร้อยละ 6 ในเด็กผู้ชาย ทั้งนี้พบเป็นโรคปวดศีรษะไมเกรนที่ไม่มี aura มากกว่ามี aura<sup>2,3</sup>

การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะไมเกรนในเด็กใช้เกณฑ์ตามตารางที่ 4 โดยโรคปวดศีรษะไมเกรนในเด็กมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ 3 ข้อคือ<sup>9</sup>

ตารางที่ 4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะไมเกรนตาม ICHD-3

Migraine without aura	Migraine with typical aura
<p>A. มีอาการอย่างน้อย 5 ครั้ง</p> <p>B. อาการปวดศีรษะมีระยะเวลา 2-72 ชั่วโมง</p> <p>C. อาการปวดศีรษะมีลักษณะอย่างน้อย 2 จาก 4 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปวดข้างเดียวหรือสองข้าง</li> <li>2. ลักษณะตื้อ ๆ (pulsating)</li> <li>3. ความรุนแรงปานกลางหรือมาก</li> <li>4. กระตุ่น หรือทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตประจำวันบางอย่าง เช่น เดินหรือขึ้นบันได</li> </ol> <p>D. ระหว่างปวดศีรษะต้องมีอย่างน้อย 1 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คลื่นไส้หรืออาเจียน</li> <li>2. กลัวแสง (photophobia) หรือกลัวเสียง (phonophobia)</li> </ol> <p>E. ไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะอื่น ๆ ใน ICHD-3</p>	<p>A. มีอาการอย่างน้อย 2 ครั้ง</p> <p>B. อาการนำ (aura) ประกอบด้วย อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตา (visual)</li> <li>2. ความรู้สึก</li> <li>3. อาการทางภาษาและ/หรือการพูด</li> <li>4. เคลื่อนไหว</li> <li>5. ก้านสมอง</li> <li>6. อาการทางจอตา (retinal)</li> </ol> <p>C. มีอาการอย่างน้อย 3 จาก 6 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาการนำเป็นไปภายในระยะเวลามากกว่า 5 นาที</li> <li>2. อาการอย่างน้อย 2 อาการเกิดขึ้นเป็นลำดับต่อเนื่อง</li> <li>3. อาการนำมีระยะเวลา 5 ถึง 60 นาที</li> <li>4. อาการนำอย่างน้อยหนึ่งอย่างเป็นแค่ข้างเดียว</li> <li>5. ต้องมีอาการนำอย่างน้อย 1 อย่าง, อาการนำตามมาด้วยอาการปวดศีรษะภายใน 60 นาที</li> </ol> <p>D. ไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปวดศีรษะอื่น ๆ ใน ICHD-3 และได้ตัดสาเหตุ transient ischemic attack ออกไปแล้ว</p>

(เรียบเรียงโดย พญ.ธนิศนันท์ ภาประชาญ รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 8)

1. สามารถปวดศีรษะได้ 2 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้ใหญ่ปวดข้างเดียว
2. ระยะเวลาการปวดในเด็กจะน้อยกว่าผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยคือ 2 ชั่วโมง ในขณะที่ผู้ใหญ่ใช้เกณฑ์วินิจฉัย 4 ชั่วโมง ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีระยะเวลาการปวดอาจจะอนุโลมได้อย่างน้อย 30 นาที และในผู้ป่วยเด็กทุกช่วงอายุอาจจะอนุโลมได้อย่างน้อย 1 ชั่วโมง<sup>10</sup>
3. อาจจะไม่พบอาการไวต่อแสงหรือไวต่อเสียง

## โรคปวดศีรษะ tension (tension headache)

เป็นภาวะปวดศีรษะที่เกิดจากความเครียด มีลักษณะการปวดที่ค่อนข้างมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง และไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน มักไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ความชุกในเด็กโดยทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 10-24 ซึ่งมากกว่าโรคปวดศีรษะไมเกรน แต่อาการไม่รุนแรงทำให้ไม่ค่อยพบในคลินิก

## Trigeminal Autonomic Cephalalgias

Trigeminal autonomic cephalalgias ประกอบด้วย โรคปวดศีรษะ cluster (cluster headache), paroxysmal hemicrania และ short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks (SUNHA) ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้พบได้น้อยในผู้ป่วยเด็ก สามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจาก ICHD-3 ของผู้ใหญ่ได้

## การรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนในเด็ก

แบ่งออกเป็น การรักษาแบบปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตและการรักษาโดยใช้ยา

### 1. การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตด้วยวิธี SMART

**1.1 Sleep** ควรเข้านอนตรงเวลา หลีกเลี่ยงการนอนกลางวันเนื่องจากทำให้งจรการนอนผิดปกติ แต่ในเด็กอายุ 3-5 ปีสามารถนอนกลางวันได้ และควรนอนทั้งหมด 10-13 ชั่วโมงต่อวัน เด็กอายุ 6-12 ปี ควรนอน 9-12 ชั่วโมงต่อวัน และวัยรุ่นควรนอน 8-10 ชั่วโมงต่อวัน

ในรายที่มีปัญหาการเข้านอนควรแก้ไขโดยใช้เตียงเพื่อการนอนเท่านั้น และงดหน้าจออย่างน้อย 1-2 ชั่วโมงก่อนนอน เพื่อลดการมองแสงสีฟ้า ในรายที่มีปัญหาตื่นกลางคืน หรือช่วงเวลากลางวันให้พิจารณาสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะ sleep apnea และภาวะซึมเศร้า

### 1.2 Meals และ hydration

**Missed meals** การอดอาหารสามารถเป็นสิ่งที่กระตุ้นอาการปวดศีรษะได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและครบทุกมื้อ

**Well-balanced diet** ควรรับประทานอาหารหลากหลาย เช่น ผักและผลไม้, โปรตีน และผลิตภัณฑ์จำพวกนมที่เป็นแหล่งของวิตามินดี



**Hydration** สำหรับเด็กที่อายุมากกว่า 9 ปีควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงหรือคาเฟอีน

**1.3 Activity** ควรเพิ่มการออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงการอยู่เฉย ๆ หรือไม่เคลื่อนไหวนาน ๆ

**1.4 Relaxation** จัดการกับความเครียด โดยความเครียดทั้งที่บ้านและโรงเรียน รู้จักวิธีทำให้ผ่อนคลาย โดยเฉพาะ cognitive behavioral therapy สามารถช่วยเด็กที่มีโรคปวดศีรษะไมเกรนให้ดีขึ้นได้

### 1.5 Triggers avoidance

ควรสังเกตหา และหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นการปวดศีรษะ ยกตัวอย่าง เช่น อากาศ โดยการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศทำให้กระตุ้นอาการปวดศีรษะ การศึกษาพบว่า การใช้ยา triptans สามารถป้องกันการกระตุ้นโรคปวดศีรษะไมเกรนช่วงมีพายุได้ อาหารบางชนิด เช่น แอลกอฮอล์ และคาเฟอีนสัมพันธ์กับการกระตุ้นอาการปวดศีรษะ

**2. การรักษาโดยการใช้ยา** แบ่งออกเป็น การรักษาช่วงเฉียบพลัน (acute treatment) และการรักษาแบบป้องกัน (preventive treatment)

### 2.1 การรักษาช่วงเฉียบพลัน (acute pharmacologic treatment)

ผู้ป่วยควรได้พัก ดื่มน้ำมากขึ้น และรับประทานยาแก้ปวดทันทีที่มีอาการปวดศีรษะช่วงเฉียบพลัน คุณครูควรอนุญาตให้เด็กหยุดพักเพื่อได้รับการรักษาข้างต้นแล้วค่อยกลับเข้าเรียนใหม่

การให้ยาช่วงเฉียบพลันควรให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ โดยให้ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของอาการปวดศีรษะเลยยั้งดี ดังนั้นควรเตรียมยาให้ผู้ป่วยที่ต้องไปโรงเรียน แนะนำคุณครูที่โรงเรียน หรือให้เอกสารเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาดังกล่าว ยาที่ใช้ในช่วงเฉียบพลัน ได้แก่ พาราเซตามอล ยาในกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และยากลุ่ม triptans

ยากลุ่ม NSAIDs ได้แก่ ibuprofen (ขนาด 7.5-10 มก./กก./วัน) และ naproxen (ขนาดยา 5-10 มก./กก./วัน)

ยากลุ่ม triptans สามารถใช้ได้ในกรณีที่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs แล้วไม่ได้ผล ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้ได้ในผู้ป่วยเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ได้แก่ rizatriptan และอายุ 12 ปีขึ้นไป ได้แก่ sumatriptan/naproxen และ almotriptan ข้อห้ามในการใช้ยา triptans คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือด หรือโรคของ accessory conduction pathway

ข้อควรระวังในการใช้ยาช่วงเฉียบพลันคือ ภาวะปวดศีรษะจากการใช้ยามากเกินไป (medication-overuse headache) ควรแนะนำผู้ป่วย และครอบครัวถึงการใช้ยาช่วงเฉียบพลัน เช่น NSAIDs และพาราเซตามอลให้ไม่เกิน 14 วันหรือน้อยกว่านี้ต่อเดือน ส่วนยากลุ่ม triptans แนะนำให้ใช้ไม่เกิน 9 วันหรือน้อยกว่านี้ต่อเดือน<sup>11</sup>

นอกจากนี้ควรรักษาอาการร่วมอื่น ๆ ด้วย เช่น การใช้ยาแก้อาเจียนถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น metoclopramide หรือ promethazine

## 2.2 การรักษาแบบป้องกัน (preventive treatment)

การรักษาแบบป้องกันในผู้ป่วยเด็กโรคปวดศีรษะไมเกรนควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะบ่อยครั้ง (ความถี่ของอาการปวดศีรษะมากกว่าหรือเท่ากับ 4 วันต่อเดือน) หรือทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้แพทย์ควรตรวจติดตามผลการรักษา และผลข้างเคียงจากยาเป็นระยะ การรักษาแบบป้องกันแสดงในตารางที่ 5 และหลักฐานทางการแพทย์ของการรักษาชนิดต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 6

ยากลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์ผ่านแอนติบอดีต่อ calcitonin gene-related peptide (CGRP) receptors ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกาให้เป็นการรักษาครั้งแรกในการรักษาโรคปวดศีรษะไมเกรนในผู้ใหญ่ เนื่องจาก CGRP มีการแสดงออกทั่วไปในระบบประสาท และเป็นส่วนหนึ่งในพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคปวดศีรษะไมเกรน การศึกษาในผู้ป่วยเด็กยังมีจำกัดถึงผลลัพธ์และผลข้างเคียง ผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำให้ใช้อย่างระมัดระวัง และพิจารณาเป็นราย ๆ เท่านั้น ยากลุ่มนี้ ได้แก่ erenumab, fremanezumab, galcanezumab, และ eptinezumab<sup>12,13</sup>

Cognitive behavioral therapy for headache (CBT-HA) เป็นการที่ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาในการเปลี่ยนการรู้คิด (cognition) และพฤติกรรม โดยการจัดการความเครียด หาทักษะการจัดการภาวะปวดศีรษะ ฝึกการควบคุมตนเองเพื่อช่วยลดสิ่งเร้าต่าง ๆ พบว่า CBT-HA มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงและลดความถี่ของอาการปวดศีรษะได้<sup>14,15</sup>

โภชนเภสัช (nutraceuticals) มีการนำมาใช้ป้องกันภาวะปวดศีรษะ แต่หลักฐานทางการแพทย์ยังมีน้อย บางส่วนให้ผลลัพธ์ที่ดี เช่น แมกนีเซียม, เมลาโทนิน และ coenzyme Q10 บางชนิดมีการศึกษาค่อนข้างน้อย เช่น riboflavin, วิตามินดี และ polyunsaturated fatty acids

ตารางที่ 5 การรักษาแบบป้องกัน (preventive treatment)

การรักษา	ขนาดยา	ผลข้างเคียง
<b>Antiseizure medications</b>		
Topiramate	2-3 มก./กก./วัน (สูงสุด 200 มก./วัน)	ชา, เบื่ออาหาร, น้ำหนักลด, การรู้คิดบกพร่อง, การขับเหงื่อลดลง
Divalproex sodium	15-30 มก./กก./วัน (สูงสุด 1,000 มก./วัน)	คลื่นไส้, น้ำหนักขึ้น, ง่วงนอน, ผม่วง, เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ต่ำ
<b>Antidepressants</b>		
Amitriptyline	0.25-1 มก./กก./วัน	ง่วงนอน, เวียนศีรษะ, ปากแห้ง, น้ำหนักขึ้น, อาจจะทำให้ระยะ QTc ยาวขึ้น
<b>Antihypertensives</b>		
Propranolol	20-40 มก. 3 ครั้งต่อวัน	ง่วงนอน, ความดันเลือดต่ำ, น้ำหนักขึ้น, อาการซีมีเศร้าแย่งลง
Cinnarizine	น้ำหนัก < 30 kg ให้ 1.5 มก./กก./วัน น้ำหนัก > 30 kg ให้ 50 มก./วัน	ง่วงนอน, น้ำหนักขึ้น
<b>Toxin</b>		
Onabotulinumtoxin A	74 ยูนิต หรือ 155 ยูนิตทุก 12 สัปดาห์	เจ็บบริเวณที่ฉีด, อ่อนแรง, อาการปวดศีรษะแย่งลง
<b>อื่น ๆ</b>		
Cognitive behavioral therapy	10 ครั้ง	การเข้าถึงยาก
Single-pulse transcranial magnetic stimulation	วันละ 2 ครั้ง หรือให้เพิ่มเติมใน กรณีที่มีการปวดศีรษะรุนแรง	ความไม่สบาย
ฝังเข็ม	หลากหลาย	ความไม่สบาย

(เรียบเรียงโดย พญ.ธนิสนันท์ ภาไพราชญ์ รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 3, 12)

ตารางที่ 6 Preventive pharmacologic treatment

ผลลัพธ์	ความมั่นใจสูง (ดีกว่า ยาหลอก)	ความมั่นใจ ปานกลาง (อาจจะดีกว่า ยาหลอก)	ความมั่นใจต่ำ (อาจจะดีกว่า ยาหลอก)	ความมั่นใจต่ำ (อาจจะไม่ได้ ดีกว่ายาหลอก)	ความมั่นใจต่ำมาก (ไม่มีหลักฐานยืนยัน)
ลดความถี่ของ จำนวนวันที่ปวด ศีรษะไมเกรน	Amitriptyline ร่วมกับ CBT	Topiramate Cinnarizine			DVPX ER Amitriptyline Flunarizine Nimodipine Onabotulinumtoxin A
ลดความรุนแรงของ อาการปวดศีรษะ		Cinnarizine			
อาการปวดศีรษะลด ความถี่อย่างน้อย ร้อยละ 50	Amitriptyline ร่วมกับ CBT		Propranolol		Topiramate DVPX ER Amitriptyline Onabotulinumtoxin A
ลดภาวะขาด ความสามารถจาก การปวดศีรษะ		Amitriptyline ร่วมกับ CBT		Topiramate	Amitriptyline

CBT, cognitive behavioral therapy; DVPX ER, extended-release divalproex sodium

(เรียบเรียงโดย พญ.ธนิตนันท์ ภาปราศรัย รวบรวมข้อมูลจากเอกสารอ้างอิงที่ 11)

## เอกสารอ้างอิง

- Merison K, Victorio MCC. Approach to the Diagnosis of Pediatric Headache. Semin Pediatr Neurol 2021; 40: 100920.
- Onofri A, Pensato U, Rosignoli C, Wells-Gatnik W, Stanyer E, Ornello R, et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. J Headache Pain 2023; 24(1): 8.
- Szperka C. Headache in Children and Adolescents. Continuum (Minneapolis Minn) 2021; 27(3): 703-31.
- Do TP, la Cour Karottki NF, Ashina M. Updates in the Diagnostic Approach of Headache. Curr Pain Headache Rep 2021; 25(12): 80.
- Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. Neurology 2001; 57(11): 2034-9.

6. Camargo A, Kanekar S. Neuroimaging in Pediatric Headache. *Neurol Clin* 2022; 40(3): 679-98.
7. Expert Panel on Pediatric I, Hayes LL, Palasis S, Bartel TB, et al. ACR Appropriateness Criteria((R)) Headache-Child. *J Am Coll Radiol* 2018; 15(5S): S78-S90.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38(1): 1-211.
9. Irwin SL, Greene KA, Pavitt SJ, Ross AC. Headache in the Pediatric Population: Focus on Migraine. *Semin Neurol* 2022; 42(4): 479-88.
10. Ozge A, Faedda N, Abu-Arafeh I, Gelfand AA, Goadsby PJ, Cuvelier JC, et al. Experts' opinion about the primary headache diagnostic criteria of the ICHD-3rd edition beta in children and adolescents. *J Headache Pain* 2017; 18(1): 109.
11. Oskoui M, Pringsheim T, Billingshurst L, Potrebic S, Gersz EM, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology* 2019; 93(11): 500-9.
12. Szperka CL, VanderPluym J, Orr SL, Oakley CB, Qubty W, Patniyot I, et al. Recommendations on the Use of Anti-CGRP Monoclonal Antibodies in Children and Adolescents. *Headache* 2018; 58(10): 1658-69.
13. Muddam MR, Obajeun OA, Abaza A, Jaramillo AP, Sid Idris F, Anis Shaikh H, et al. Efficacy and Safety of Anti-calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Monoclonal Antibodies in Preventing Migraines: A Systematic Review. *Cureus* 2023; 15(9): e45560.
14. Trautmann E, Lackschewitz H, Kroner-Herwig B. Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents--a meta-analysis. *Cephalalgia* 2006; 26(12): 1411-26.
15. Powers SW, Kashikar-Zuck SM, Allen JR, LeCates SL, Slater SK, Zafar M, et al. Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 310(24): 2622-30.

