

ĐAU ĐẦU

Lê Văn Tuấn

Mục tiêu học tập

1. Cách tiếp cận một trường hợp đau đầu.
2. Đau đầu Migraine.
3. Các loại đau đầu khác.

Nội dung

- Phân bố thần kinh cảm giác của vùng đầu và mặt.
- Tiếp cận một trường hợp đau đầu.
- Đau đầu Migraine.
- Đau đầu kiểu căng thẳng.
- Đau đầu từng cụm.

Đau đầu là một triệu chứng rất thường gặp trong thực hành y khoa, theo định nghĩa thì đau đầu là cảm giác đau vùng đầu và cảm giác đau này không có sự phân bố theo các vùng cảm giác của thần kinh. Đau đầu có thể là triệu chứng của rất nhiều loại bệnh khác nhau, có những bệnh nặng cần cấp cứu và có những bệnh không nặng.

Trong phần này chúng tôi sẽ trình bày các bước chẩn đoán các trường hợp đau đầu và một số bệnh đau đầu nguyên phát thường gặp.

SỰ PHÂN BỐ THẦN KINH CẢM GIÁC CỦA VÙNG ĐẦU VÀ MẶT

Vùng đầu và cổ được các thần kinh sau đây chi phối về phương diện cảm giác:

- Vùng mặt và các xoang, hốc mắt: thần kinh tam thoa với ba nhánh V1, V2, V3 chi phối toàn bộ vùng mặt.
- Da đầu: Thần kinh chẩm lớn và chẩm nhỏ.
- Vùng sau tai: Thần kinh tai lớn.
- Vùng cổ: Các rễ C2, C3, C4.
- Trong sọ: Vùng màng não trên lều do thần kinh tam thoa, vùng dưới lều do thần kinh thiết hầu chi phối. Nhu mô não không có các cơ quan cảm thụ đau, tuy nhiên các mạch máu, nhất là các xoang tĩnh mạch trong não rất nhạy cảm với cảm giác căng hay co kéo.

TIẾP CẬN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐAU ĐẦU

Trước một trường hợp đau đầu, người thầy thuốc cần phải hỏi bệnh sử đầy đủ và chính xác, bệnh sử có thể giúp rất nhiều trong việc chẩn đoán nguyên nhân, các câu hỏi sau đây sẽ giúp thầy thuốc có một ý niệm về căn nguyên của bệnh:

- Đau đầu từ lúc nào? Mới bị hay đã bị nhiều lần?
 - Bệnh nhân có tiền căn chấn thương sọ não hay không?
 - Bệnh nhân đang làm gì khi triệu chứng đau đầu xuất hiện?
 - Cảm giác đau đầu như thế nào?
 - Bệnh nhân đã từng bị đau đầu như vậy bao giờ chưa?
 - Bệnh nhân đang có bệnh gì khác không?
- Nếu bệnh nhân đã bị đau đầu nhiều lần, thì có thể là bệnh Migraine hay đau đầu kiểu căng thẳng.
 - Nếu một trường hợp đau đầu mới bị lần đầu tiên mà có cường độ đau dữ dội và xảy ra khi gắng sức thì phải nghĩ tới xuất huyết màng não.
 - Các trường hợp chấn thương sọ não có thể có biến chứng tụ máu dưới màng cứng mạn sau vài tháng.
 - Đau đầu theo nhịp mạch thường gặp trong đau đầu Migraine, đau đầu âm ỉ có thể là đau đầu kiểu căng thẳng.
 - Nếu bệnh nhân đã bị đau đầu rất nhiều lần với triệu chứng tương tự thì có thể là bị đau đầu Migraine hoặc đau đầu kiểu căng thẳng.
 - Các bệnh toàn thân như AIDS, lao có thể gây biến chứng thần kinh, trên bệnh nhân đang bị AIDS mà đau đầu kéo dài phải lưu ý tới các nhiễm trùng cơ hội nội sọ như toxoplasmosis, lao màng não, viêm màng não do nấm,...

Các triệu chứng báo động **dấu SNOOP**

Cần lưu ý các trường hợp đau đầu có đặc tính sau đây thì có thể là bệnh nặng:

- Xảy ra đột ngột khi bệnh nhân gắng sức: xuất huyết màng não, xuất huyết não.
- Có bất thường về thần kinh (yếu liệt chi, thay đổi tính tình): u não, tai biến mạch máu não.
- Xảy ra ở bệnh nhân trên 50 tuổi: viêm động mạch đại bào (viêm động mạch Horton).
- Tình trạng đau đầu càng ngày càng tăng: tổn thương chóp chỏ.
- Có bất thường về dấu sinh tồn: sốt, huyết áp tăng, mạch giảm: viêm màng não, máu tụ ngoài màng cứng cấp.
- Đau đầu với cường độ dữ dội: xuất huyết màng não.
- Rối loạn ý thức.
- Co giật: u não.
- Kháng trị.

Đặc tính của đau đầu

Các triệu chứng sau đây của cơn đau đầu cũng rất quan trọng cho chẩn đoán:

Đau từng cơn hay đau liên tục: đau đầu từng cơn thường gặp trong Migraine, đau âm ỉ, liên tục gặp trong đau đầu kiểu căng thẳng, đau đột ngột và dữ dội thường gặp trong xuất huyết màng não.

Vị trí đau đầu: đau nửa đầu là đặc tính đặc biệt của Migraine, tuy nhiên cũng có thể gặp triệu chứng này trong u não. Đau đầu sau gáy hay gặp trong tổn thương cột sống cổ hay các tổn thương hố sau. Đau vùng trán, mặt có thể là triệu chứng của viêm xoang, đau vùng hốc mắt gặp trong tăng nhãn áp.

Thời gian xảy ra đau đầu: đau đầu Migraine thường xảy ra vào buổi sáng, đau đầu kiểu căng thẳng xảy ra khi làm việc căng thẳng. Đau đầu tăng nhiều vào ban đêm hay khi nằm thường gặp trong tăng áp lực nội sọ.

Đau đầu có theo nhịp mạch hay không: đau đầu theo nhịp mạch thường là Migraine, nhiễm trùng, đau đầu âm ỉ gặp trong đau đầu kiểu căng thẳng.

Các triệu chứng kèm theo: nôn ói, sợ ánh sáng có thể gặp trong Migraine hay hội chứng màng não, sung huyết niêm mạc mắt, nghẹt mũi gặp trong đau đầu từng cụm.

Các yếu tố làm tăng và giảm cơn đau: đau đầu Migraine hay tăng áp lực nội sọ tăng khi gắng sức, đau đầu kiểu căng thẳng giảm khi nghỉ ngơi.

Thăm khám lâm sàng

Đa số các trường hợp đau đầu khi thăm khám thường là bình thường tuy nhiên bao giờ thầy thuốc đều phải khám lâm sàng đầy đủ về phương diện nội khoa và thần kinh, mục đích để tìm các dấu thần kinh định vị hay dấu hiệu màng não, phải soi đáy mắt để tìm các triệu chứng của tăng áp lực nội sọ (phù gai thị) và sau đó có thể phải thực hiện một số xét nghiệm.

Các xét nghiệm cần thực hiện

Tùy theo nhận định của thầy thuốc, trong một số trường hợp có thể làm một số xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán

Bảng 7.1: Các xét nghiệm cần thực hiện trong các trường hợp đau đầu

Xét nghiệm	Chỉ định
CT Scan	Nghi ngờ tổn thương choán chỗ, xuất huyết màng não, tai biến mạch máu não
Cộng hưởng từ, cộng hưởng từ mạch máu	Tổn thương choán chỗ, dị dạng mạch máu não
Chọc dò dịch não tủy	Viêm màng não, xuất huyết màng não
Mạch não đồ	Phình động mạch não, dị dạng mạch máu não, thuyên tắc tĩnh mạch
Các xét nghiệm sinh hóa	Viêm động mạch (máu lắng - VS), ngộ độc CO (khí máu), nồng độ rượu, nồng độ thuốc, BUN/creatinine, điện giải đồ, đường huyết

Mục tiêu trong chẩn đoán đau đầu là xác định đau đầu là nguyên phát hay thứ phát:

Đau đầu thứ phát

Đau đầu thứ phát là triệu chứng đau đầu đi kèm các bệnh lý khác, trong trường hợp này thầy thuốc phải tìm ra nguyên nhân để điều trị.

Các nguyên nhân thường gặp của đau đầu thứ phát (Bảng 7.2):

- Tổn thương choán chỗ trong não: u, máu tụ, áp-xe não.
- Xuất huyết màng nhện.
- Viêm màng não (vi trùng, siêu vi, nấm, ác tính).
- Tai biến mạch máu não.
- Viêm động mạch đại bào.
- Đau các dây thần kinh (thần kinh tam thoa).
- Do biến dưỡng (nhiễm trùng toàn thân, ngộ độc, lạm dụng thuốc).
- Bệnh lý về mắt, răng, các xoang.

Bảng 7.2: Tỷ lệ các loại đau đầu thứ phát thường gặp

Loại nhức đầu	Tỷ lệ %
Đau đầu kiểu căng thẳng	45%
Migraine	30%
Bệnh mắt và xoang	8%
Nhiễm trùng toàn thân	7%
Chấn thương đầu	3%
Do thuốc	2%
Tai biến mạch máu não	<1%
Các bệnh lý nội sọ	<1%
Đau đầu từng cụm	<1%

Đau đầu nguyên phát

Đau đầu nguyên phát là các loại bệnh mà triệu chứng chủ yếu là đau đầu, ngoài ra không có một tổn thương nào khác.

Theo phân loại của Hiệp hội Đau đầu Thế giới (International Headache Society) thì có ba loại thường gặp nhất:

- Đau đầu kiểu căng thẳng (tension type headache).
- Đau đầu Migraine.
- Đau đầu từng cụm (cluster headache).

ĐAU ĐẦU MIGRAINE

Đại cương

Migraine là bệnh đau nửa đầu từng cơn theo nhịp mạch, cường độ thay đổi, có tính chu kỳ. Đây là bệnh đau đầu thường gặp, có tỉ lệ lưu hành bệnh là 18% nữ và 6% nam/dân số. Tuổi khởi phát thường ở tuổi thiếu niên, tuổi trưởng thành nhưng có đỉnh cao từ 30 tới 45. Bệnh diễn tiến từng đợt và kéo dài suốt đời. Bệnh có tính gia đình trong 60-80% trường hợp. Tuy không là bệnh nguy hiểm nhưng ảnh hưởng tới đời sống bệnh nhân.

Phân loại

Phân loại theo International Headache Society (HIS) thì Migraine thuộc nhóm nhức đầu nguyên phát, tức là chỉ có biểu hiện là nhức đầu chứ không có bệnh lý khác kèm theo.

Migraine được phân làm hai loại chính:

Migraine có tiền triệu (aura) còn gọi là Migraine kinh điển hay Migraine thể mắt

Migraine không có tiền triệu còn gọi là Migraine thông thường.

Đặc tính cơn đau Migraine

Khởi phát cơn đau thường ở một bên, sau đó có thể lan hai bên tuy nhiên có trường hợp đau cả hai bên ngay từ đầu. Đau theo nhịp mạch và bệnh nhân có cảm giác động mạch thái dương đập mạnh. Cường độ tăng dần và dữ dội. Thời gian cơn đau từ 4-72 giờ.

Các triệu chứng đi kèm: sợ ánh sáng, sợ tiếng động, buồn nôn và ói và bệnh nhân thường vào nơi tối và yên tĩnh để bớt đau.

Migraine có tiền triệu

Chỉ gặp trong **10%** các trường hợp bệnh Migraine. Bệnh nhân có giai đoạn tiền triệu kéo dài từ vài phút tới 30 phút trước cơn đau với các triệu chứng chủ yếu về mắt. Có hai tiền triệu thường gặp là ám điểm chói sáng hay bán manh đồng danh. Các tiền triệu ít gặp hơn là tê tay và mặt một bên hay mất ngôn ngữ thoáng qua.

- Ám điểm chói sáng: trong thị trường bệnh nhân xuất hiện các điểm chói sáng di chuyển theo hình zigzag.
- Bán manh đồng danh : mất một nửa thị trường cùng phía.

Khi các triệu chứng trên biến mất thì cơn đau xuất hiện với các đặc tính điển hình cần thiết cho chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine có tiền triệu theo Hiệp hội Đau đầu Thế giới

Cơn đau có các đặc tính như trên kèm theo ít nhất ba trong bốn đặc tính sau:

- Có các tiền triệu xuất hiện và biến mất hoàn toàn chứng tỏ có rối loạn cục bộ ở não.
- Một hay nhiều tiền triệu xuất hiện dần trên 4 phút hay hai tiền triệu xuất hiện liên tiếp.
- Không có tiền triệu kéo dài trên 60 phút. **Sợ nhầm với đột quỵ**
- Cơn đau đầu xuất hiện sau khi có tiền triệu tối đa là 60 phút.

Migraine không có tiền triệu

Bệnh nhân có các cơn đau giống như Migraine có tiền triệu nhưng cường độ đau thường ít hơn. Tuy không có tiền triệu về mặt nhưng bệnh nhân có thể có một số triệu chứng báo trước như mệt mỏi, chán ăn, trầm cảm. Trong cơn đau bệnh nhân thường có tăng cảm giác đau vùng da đầu. Trên cùng bệnh nhân có thể có cả hai loại cơn có và không có tiền triệu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine không tiền triệu theo Hiệp hội Đau đầu Thế giới

Có ít nhất năm cơn đau với các đặc tính sau: cơn đau kéo dài từ 4-72 giờ với tối thiểu hai trong các triệu chứng đau một bên đầu, đau theo nhịp mạch, cường độ vừa hay dữ dội, tăng đau khi gắng sức (lên cầu thang hay ho, rặn).

Trong cơn đau có ít nhất một trong bốn triệu chứng đi kèm sau: buồn nôn, ói, sợ ánh sáng, sợ tiếng động.

Sinh lý bệnh của Migraine

Cho tới nay sinh lý bệnh của Migraine vẫn chưa rõ, tuy nhiên có một số giả thuyết đang được chú ý.

Có ba cơ chế xảy ra ở ba vùng giải phẫu:

- Hiện tượng co và giãn mạch của các mạch máu trong và ngoài não.
- Sự kích hoạt các neuron phân tiết serotonin ở thân não.
- Sự hoạt hóa hệ thống thần kinh tam thoa-mạch máu gây phóng thích các chất vận mạch và gây đau.

Hiện tượng co mạch

Xảy ra trên Migraine có tiền triệu. Có sự giảm 20-30% lưu lượng tuần hoàn ở vỏ não, xuất hiện tại vùng chẩm và lan tới trước theo từng đợt với tốc độ 2-3mm/phút. Hiện tượng này xảy ra ở giai đoạn tiền triệu. Tuy nhiên không có sự giảm tuần hoàn trong Migraine không có tiền triệu và hiện tượng giảm lưu lượng này lại không theo phân bố mạch máu.

Sự phóng thích serotonin

Serotonin là chất dẫn truyền thần kinh, tác động trên các thụ thể đặc hiệu. Có 4 nhóm chính thụ thể serotonin: 1, 2, 3, 4. Migraine có thể gây ra bởi các thuốc làm giảm nồng độ serotonin. Nhân dorsal raphe và locus ceruleus có đường dẫn truyền serotonin, khi vùng này bị kích thích sẽ gây cơn đau như Migraine.

Các thuốc ngừa cơn thuộc nhóm đối vận type 2, các thuốc cắt cơn thuộc nhóm chủ vận type 1.

Sự kích hoạt hệ tam thoa-mạch máu

Sự kích hoạt nhân thần kinh V gây phóng thích các chất gây đau (chất P) tại tận cùng thần kinh, các chất này gây hiện tượng viêm vô trùng của thành mạch và gây đau.

Điều trị Migraine

Gồm các bước:

- Điều trị cắt cơn đau trong tất cả các trường hợp vì bệnh nhân rất khó chịu do cơn đau thường có cường độ dữ dội.
Điều trị ngừa cơn chỉ sử dụng khi số cơn nhiều: trên 3 cơn mỗi tháng.
 - Vấn đề điều trị ngừa cơn còn tùy thuộc vào hiệu quả của điều trị cắt cơn đau: nếu số cơn đau nhiều nhưng dễ cắt cơn thì có thể chỉ điều trị cắt cơn.
 - Tránh các yếu tố khởi phát cơn.
 - Tâm lý liệu pháp.
- Các phương pháp không dùng thuốc.

Điều trị cắt cơn

Thuốc giảm đau thông thường

Nhóm thuốc này nên được sử dụng đầu tiên vì độc tính thấp, các thuốc giảm đau và kháng viêm có hiệu quả trong điều trị cắt cơn nhưng phải dùng liều cao.

Acetaminophene 600 1000mg

- Ibuprofen 200mg/400mg/600mg
- Aspirine 1000mg
- Metamizole 1000mg
- Diclofenac potassium 50mg/100mg

Thuốc giảm đau nhóm chủ vận 5-HT_{1B/1D} (nhóm triptans) theo thứ tự chữ cái: almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan và zolmitriptan được khuyến cáo dùng trong cơn cấp và nên dùng trong những trường hợp đau đầu nặng và các cơn đau không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.

- Sumatriptan 6mg tiêm dưới da là điều trị cắt cơn hiệu quả nhất.
- Eletriptan và rizatriptan là các triptan uống hiệu quả nhất.

Almotriptan và eletriptan là các triptan uống với đặc điểm tác dụng phụ tốt nhất.

Naratriptan và frovatriptan là các triptan có thời gian bán hủy dài nhất.

Nhóm triptan khởi phát hoạt động nhanh

- Sumatriptan 6mg SC
Eletriptan 20mg/40mg/80mg
- Rizatriptan 5mg/10mg
- Zolmitriptan 5mg xịt mũi

Nhóm triptan khởi phát hoạt động vừa và hiệu quả kéo dài

- Sumatriptan 50mg/100mg uống
- Zolmitriptan 2,5mg/5mg uống
- Almotriptan 12,5mg uống

Nhóm triptan khởi phát chậm và hoạt động kéo dài

- Naratriptan 2,5mg uống
- Frovatriptan 2,5mg uống

Nếu đau đầu tái phát thì có thể dùng lại triptan sau ít nhất 2 giờ hay điều trị kết hợp triptan và naproxen. Kết hợp giữa triptan và naproxen thì hiệu quả hơn đơn trị liệu, tuy nhiên tác dụng phụ thường cao hơn đơn trị liệu.

✓ Triptan không nên dùng ở người có các vấn đề tim mạch quan trọng như cơn đau thắt ngực, bệnh mạch vành, sau nhồi máu cơ tim, cơn thoáng thiếu máu não, đột quỵ hay bệnh mạch máu chi dưới.

Ergotamin hiệu quả trong điều trị cơn cấp. Ergots có nhiều tác dụng phụ hơn nhóm triptans và các thuốc điều trị cấp khác nên ergots không còn là thuốc hàng đầu dùng để cắt cơn.

Lưu ý: không dùng quá 10 ngày mỗi tháng nếu dùng giảm đau phối hợp hay không quá 15 ngày mỗi tháng nếu dùng một loại giảm đau.

Không nên dùng giảm đau có opioid để điều trị cơn cấp.

Thuốc chống nôn

Thuốc chống nôn thì hiệu quả trong cơn cấp với các triệu chứng buồn nôn hay nôn. Hiệu quả thuốc chống nôn cao hơn nếu được dùng sớm trong cơn.

Được sử dụng kèm theo các thuốc giảm đau nếu bệnh nhân có triệu chứng nôn ói nhiều trong cơn. Metoclopramide 10mg/20 phút trước khi dùng các thuốc khác.

Thuốc chống nôn trong cơn Migraine nhưng cũng chống nôn gây ra do thuốc và có tác dụng làm thuốc hấp thu nhanh do điều hòa nhu động dạ dày. Chú ý thuốc có thể có tác dụng gây loạn trương lực (dystonia) khi dùng cho trẻ em.

Domperidon có hiệu quả tương tự nhưng có ưu điểm là không gây các rối loạn về vận động.

Điều trị ngừa cơn

Thường điều trị phòng ngừa cần duy trì từ 6-12 tháng. Đánh giá lại hiệu quả điều trị, tốt nhất là trong vòng 2 tháng sau khi đạt đến liều cuối cùng.

Cần khởi đầu chậm và tăng liều chậm.

Các thuốc ngừa cơn có bằng chứng tốt là:

Nhóm thuốc ức chế beta: propranolol, metoprolol, timolol.

Flunarizine

Nhóm thuốc động kinh: valproate, topiramate

Amitriptyline

Onabotulinum toxin A (chỉ trong Migraine mạn tính)

Các thuốc chống trầm cảm nhóm SSRI không có hiệu quả.

FDA chấp thuận ba thuốc mới erenumab, fremanezumab và galcanezumab trong điều trị phòng ngừa Migraine. Các thuốc này là các thuốc kháng thể đơn dòng mới ở người nhắm đích đến CGRP (Calcitonin gene-related peptide). Erenumab gắn vào thụ thể CGRP, hai thuốc còn lại gắn vào CGRP.

Liên đoàn Đau đầu Châu Âu cũng đề nghị có thể dùng các kháng thể đơn dòng này trong điều trị phòng ngừa Migraine.

Vấn đề chọn lựa các thuốc ngừa cơn

Các thuốc ngừa cơn Migraine có hiệu quả gần như tương đương nhau, do đó yếu tố quyết định để chọn thuốc chính là tác dụng phụ của thuốc và chi phí điều trị, sự đáp ứng điều trị cũng thay đổi theo từng bệnh nhân nên khi khởi đầu thầy thuốc sẽ dùng một thuốc phù hợp nhất với bệnh nhân, sau đó trong quá trình điều trị sẽ thay đổi liều lượng tùy theo đáp ứng, sau một tới hai tháng nếu không hiệu quả thì sẽ thay thuốc khác hay phối hợp thuốc.

Tránh các yếu tố khởi phát cơn

Cơn nhức đầu Migraine có một số yếu tố làm tăng cơn như:

- Thức ăn, căng thẳng về tâm lý, uống rượu, nếu làm giảm yếu tố khởi phát này thì cơn có thể giảm mà chưa cần dùng thuốc.
- Tránh các thuốc giãn mạch, thuốc ngừa thai có estrogen.
- Sinh hoạt, ăn uống, nghỉ ngơi điều độ.
- Tránh các căng thẳng tâm lý.
- Tránh các thức ăn chứa tyramine, chocolat, rượu, bia, mono sodium glutamate (bột ngọt).
- Giới hạn sử dụng caffeine.

Tâm lý liệu pháp

Trong điều trị ngừa cơn Migraine thì có khoảng 30% các trường hợp giảm cơn do tác dụng placebo (chính điều này làm cho việc đánh giá hiệu quả các thuốc ngừa cơn rất khó). Hơn nữa khi tới phòng khám để điều trị bệnh nhân ngoài việc muốn bớt đau ngay họ còn cần biết thông tin về bệnh của họ.

Muốn cho bệnh nhân an tâm tuân thủ điều trị thầy thuốc giải thích cho bệnh nhân về một số vấn đề sau:

- Phải nói rõ cho bệnh nhân về khả năng điều trị để bệnh nhân bớt lo lắng (tuy không chữa hết bệnh nhưng có thể làm bệnh thuyên giảm một thời gian).
- Nếu điều trị phòng ngừa thì bệnh nhân cần kiên nhẫn để tuân thủ điều trị trong nhiều tháng.
- Thay đổi cách sống cũng giúp bệnh thuyên giảm.
- Các phương pháp điều trị không dùng thuốc có thể có một phần tác dụng.
- **Migraine là bệnh không nguy hiểm.**

Migraine trong chu kỳ kinh nguyệt

Đây là những trường hợp bệnh nhân có cơn đau đầu Migraine xảy ra trong thời gian có chu kỳ kinh nguyệt. Có thể điều trị cắt cơn với các thuốc giảm đau và kháng viêm không corticoides hoặc điều trị ngừa cơn bằng liệu pháp kích thích tố (Oestrogen bôi qua da).

Nếu bệnh nhân bị Migraine và số cơn tăng trong thời gian kinh nguyệt: tăng liều thuốc ngừa cơn trong lúc có kinh.

Trạng thái Migraine

Là tình trạng các cơn Migraine nặng, kháng trị kèm theo nôn ói dữ dội. Trạng thái Migraine thường là hậu quả tình trạng lạm dụng thuốc cắt cơn Migraine, các trường hợp này phải điều trị trong bệnh viện. Có thể sử dụng một số thuốc sau để điều trị:

- Metoclopramide 10mg/Tiêm mạch
- Dihydroergotamine 0,5-1mg/Tiêm mạch
- Dexamethasone 4mg/Tiêm mạch
- Diazepam 5-10mg/Tiêm mạch

ĐAU ĐẦU KIỂU CĂNG THẲNG

Đại cương

Đây là loại đau đầu phổ biến nhất, rất thường gặp, bệnh có thể xảy ra trên người bình thường khi làm việc ở một tư thế đầu cố định trong một thời gian lâu: thí dụ như làm việc với màn hình máy vi tính, may,... hoặc bệnh nhân có tình trạng căng thẳng, lo lắng kéo dài. Bệnh được Hiệp hội Đau đầu Thế giới chia thành hai loại:

- Đau đầu kiểu căng thẳng kịch phát (episodic)
- Đau đầu kiểu căng thẳng mạn tính (chronic)

Trong phần này chúng tôi xin trình bày bệnh hay gặp nhất là đau đầu kiểu căng thẳng kịch phát.

Triệu chứng lâm sàng

Theo Hiệp hội Đau đầu Thế giới thì đau đầu kiểu căng thẳng là các cơn đau đầu kéo dài vài phút tới nhiều ngày, bệnh nhân có cảm giác đau như xiết chặt, nặng đầu ở cả hai bên, cường độ trung bình, không tăng khi hoạt động, không nôn ói, nhưng có thể có triệu chứng sợ ánh sáng hay tiếng ồn khi có cơn đau.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Có ít nhất 10 cơn đau với các đặc tính sau:

- Số ngày bị đau đầu < 15 ngày/mỗi tháng
- Cơn đau đầu kéo dài 30 phút tới 7 ngày

Có ít nhất hai trong bốn triệu chứng sau:

- Đau âm ỉ, nặng đầu, không theo nhịp mạch.
- Cường độ vừa phải (có thể làm giảm hoạt động nhưng vẫn còn làm việc được).
- Đau hai bên đầu.
- Không tăng khi gắng sức hay hoạt động thể chất.

Và có đủ hai đặc tính:

- Không buồn nôn hay ói.
- Không có triệu chứng sợ ánh sáng hay tiếng động hoặc chỉ có một trong hai.

Sinh lý bệnh Chưa rõ ràng, toàn là suy đoán.

Các cơ vùng mặt, cổ và da đầu có thể bị co thắt trong một số trường hợp sau: trầm cảm, lo lắng, căng thẳng, ngồi làm việc với tư thế cúi hay ngửa đầu trong một thời gian kéo dài, chấn thương.

Cơn đau đầu có thể khởi phát khi có một số yếu tố thuận lợi: mất ngủ hay ngủ quá nhiều, ăn quá no, uống nhiều rượu, làm việc trong môi trường ồn ào, căng thẳng trong gia đình hay ngoài xã hội và một số bệnh toàn thân.

Có thể tình trạng căng cơ làm tăng áp lực trong các cơ vùng da đầu, cổ và làm giảm lượng máu nuôi cơ gây tình trạng thiếu máu, khi đó các cơ sẽ sinh ra nhiều acide lactique, chất này kích thích phóng thích các chất gây đau.

Chẩn đoán và điều trị

Chẩn đoán đau đầu kiểu căng thẳng dựa vào triệu chứng và hoàn cảnh xảy ra cơn đau, cần phải chẩn đoán loại trừ các bệnh lý gây nhức đầu thứ phát khác, nếu cần thiết có thể dùng các cận lâm sàng thích hợp.

Điều trị đau đầu kiểu căng thẳng có hai phần: điều trị cắt cơn và điều trị ngừa cơn.

Thuốc cắt cơn: có thể dùng các thuốc giảm đau thông thường như paracetamol, lưu ý là không dùng thường xuyên (không quá 10 ngày/tháng) để giảm nguy cơ đau đầu do dùng thuốc quá nhiều.

Thuốc ngừa cơn: amitriptyline 25-150mg/ngày; mirtazapine 15-30mg/ngày; venlafaxin 75-150mg/ngày.

Bệnh nhân cũng cần được hướng dẫn cách sinh hoạt để làm thuyên giảm triệu chứng:

- Nằm nghỉ trong phòng tối và yên tĩnh cho đến khi giảm hoặc hết triệu chứng.
- Dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sĩ để tránh tình trạng lạm dụng thuốc làm bệnh trở thành mạn tính, rất khó điều trị.
- Bớt hút thuốc lá.
- Bớt uống rượu.
- Có thể tự xoa bóp các cơ vùng gáy và da đầu, có thể đắp ấm hoặc đắp lạnh.

Bệnh nhân có thể tránh các yếu tố khởi phát cơn như:

- Tìm các nguyên nhân thuận lợi của cơn đau để tránh.
- Học cách thư giãn.
- Tập thể dục đều đặn.
- Tránh cố gắng quá mức.
- Ăn uống điều độ.
- Hãy sống thoải mái, tránh căng thẳng.

Đau đầu kiểu căng thẳng là một bệnh mà ai cũng có thể mắc phải ít nhất một lần trong đời mình, đa số các trường hợp có thể điều trị dễ dàng, tuy nhiên có một số trường hợp mạn tính rất khó điều trị.

ĐAU ĐẦU TỪNG CỤM

Đại cương

Đau đầu từng cụm là loại đau đầu nguyên phát có cường độ dữ dội nhất, bệnh diễn tiến từng đợt theo chu kỳ cách nhau vài năm, bệnh thường gặp trên bệnh nhân **nam giới, trẻ hay trung niên**.

Đặc tính của đau đầu từng cụm điển hình

- Mỗi đợt đau kéo dài chừng 3 tháng, các đợt cách nhau khoảng 12 tháng hay hơn.
- Tần số cơn đau trong mỗi đợt: mỗi ngày đều đau hay cách ngày.
- Số cơn mỗi ngày: từ 1 tới 8 cơn, cơn đầu tiên thường vào ban đêm, cơn kéo dài 30 tới 90 phút.
- Thời gian xảy ra cơn: Trong 75% bệnh nhân cơn xảy ra từ 9 giờ tối tới 10 giờ sáng, thường nhất là từ 1 tới 3 giờ sáng.
- Thời gian không cơn: thường từ 1 tháng tới hai năm.

Đặc tính cơn đau

Cơn đau của đau đầu từng cụm có cường độ rất dữ dội, có thể đây là cảm giác đau nhất mà con người từng biết, cơn thường xảy ra đúng giờ, sau khi bệnh nhân đi ngủ vài tiếng thì bị đánh thức dậy bởi cơn đau đầu.

Cơn đau tập trung sau hốc mắt hoặc trên trán gần phía thái dương một bên đầu, đau có cường độ dữ dội kèm theo các triệu chứng co nhỏ đồng tử, sung huyết kết mạc mắt, nghẹt mũi một bên, vã mồ hôi một bên mặt. Đau có thể lan xuống vai, cổ một bên. Bệnh nhân có triệu chứng sợ ánh sáng nhưng thường ít khi nôn ói.

Trong cơn đau bệnh nhân thường tỉnh táo, khác với Migraine là hay buồn ngủ, có người muốn đập đầu vào tường vì quá đau.

Sinh lý bệnh

Cũng như nhức đầu Migraine, trong đau đầu từng cụm cũng có sự giãn các động mạch trong hốc mắt, sự giãn mạch này có thể bắt nguồn từ vùng đồi thị giống như Migraine.

Các yếu tố nguy cơ của đau đầu từng cụm:

- Phái: đau đầu từng cụm là một bệnh tương đối hiếm và gặp nhiều ở phái nam.
- Tuổi: thường gặp từ 20-40 tuổi, 10% các trường hợp xảy ra ở tuổi trên 60.
- Yếu tố gia đình: chỉ có 7% bệnh nhân có tiền căn gia đình, đau đầu từng cụm có lẽ không có yếu tố gia đình.
- Chấn thương sọ não: 13% các bệnh nhân có tiền căn chấn thương sọ não.

Các yếu tố khởi phát cơn: uống rượu, ở vùng không khí loãng (vùng núi, đi máy bay), ánh sáng chói kể cả ánh nắng mặt trời), hoạt động mạnh, thức ăn có chứa nitrite (các đồ hộp, thịt nguội) và các thuốc giãn mạch.

Chẩn đoán

Chẩn đoán đau đầu từng cụm dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đau đầu Thế giới. Bệnh nhân có ít nhất 5 cơn với tất cả các đặc tính A, B, C sau:

- A. Đau dữ dội một bên hốc mắt, trên hốc mắt hay vùng thái dương kéo dài từ 15-180 phút nếu không điều trị.
- B. Đau đầu phối hợp với ít nhất một trong các triệu chứng sau đây ở phía bên đau:
 - Sung huyết kết mạc mắt
 - Chảy nước mắt
 - Nghẹt mũi
 - Chảy nước mũi
 - Vã mồ hôi vùng trán và mặt
 - Co đồng tử
 - Hẹp khe mí
 - Phù mí mắt
- C. Số cơn đau: từ 1 cơn trong 2 ngày cho tới 8 cơn mỗi ngày.

Điều trị

Theo Hội Đau đầu Pháp:

Điều trị cắt cơn đau

Có thể dùng triptans như sumatriptan 6mg SC hay 20mg dạng xịt mũi. Sumatriptan 6mg SC mỗi ngày có thể được dùng nhưng không quá 2 lần trong 24 giờ, khoảng cách tối thiểu 1 giờ trước thêm liều thứ 2. Triptan khác là zolmitriptan dạng xịt mũi 5-10mg hay dạng uống 5-10mg.

Oxy liệu pháp: dùng oxy qua mask 7-10 lít/phút trong 15-30 phút.

Thuốc kháng có thể dùng octreotide SC, lidocaine đường mũi.

Chiến lược điều trị cắt cơn:

Từ 2 cơn/ngày trở xuống: sumatriptan hoặc oxy liệu pháp hoặc cả hai.

Trên 2 cơn/ngày: sumatriptan phối hợp oxy liệu pháp hay chỉ oxy liệu pháp.

Điều trị phòng ngừa

Corticoid uống 20mg prednisolone mỗi ngày trong 10 ngày hoặc methylprednisolone bolus 1 lần 30mg/kg.

Tiêm corticoids vùng thần kinh chẩm lớn phối hợp với lidocaine.

Dùng triptan phòng ngừa có thể giảm tần số cơn đau ở giai đoạn cấp nhưng không hiệu quả trong phòng ngừa cơn tương lai. Có thể dùng sumatriptan 100mg 3 lần mỗi ngày hay eletriptan 40 mg 2 lần mỗi ngày trong 6 ngày, hay naratriptan 2,5mg 2 lần mỗi ngày, hay frovatriptan 5mg mỗi ngày.

Phong bế hạch chân bướm-khẩu cái.

Điều trị chuyển tiếp

Nếu bệnh nhân có trên 2 cơn/ngày trong 3 ngày thì dùng corticoid uống hay corticoid tiêm dưới chẩm rồi dùng verapamil uống 240-960mg/ngày (trung bình 360mg). Có thể bắt đầu bằng liều 80 mg 3 lần trong ngày, sau đó tăng 80mg mỗi 10-14 ngày cho đến khi đạt được liều 480mg/ngày rồi thì tăng 80mg mỗi 15 ngày. Cần lưu ý vấn đề tim mạch và theo dõi điện tâm đồ, đặc biệt ở liều từ 720mg/ngày trở lên. Điện tâm đồ có thể làm mỗi 6 tháng.

Thuốc chống động kinh như valproate 1000-2000mg/ngày (lưu ý ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ), topiramate 25-250mg/ngày hay gabapentin 900-1800mg/ngày. Bằng chứng không cao đối với các thuốc chống động kinh.

Bệnh nhân cần tránh các yếu tố thuận lợi để khởi phát cơn như: rượu, các thuốc giãn mạch, thức ăn chứa nitrite, nếu bệnh nhân có hút thuốc thì phải ngưng khi có đợt đau.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các vùng chi phối của thần kinh cảm giác đầu mặt cổ.
2. Các đặc tính cơ bản của đau đầu trong chẩn đoán các dạng lâm sàng.
3. Phân biệt Migraine có tiền triệu và không có tiền triệu.
4. Mối liên hệ sinh lý bệnh và điều trị Migraine hiện nay.
5. Chẩn đoán và điều trị đau đầu kiểu căng thẳng.