

ĐAU ĐẦU

Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014

I. ĐẠI CƯƠNG :**I.1 Định nghĩa :**

Đau đầu là triệu chứng thường gặp trong rất nhiều loại bệnh nhưng lại là triệu chứng không đặc hiệu. Việc đi kèm các triệu chứng khác cũng như những bằng chứng khoa học của các xét nghiệm cho thấy, cần có một phương pháp luận lâm sàng đúng đắn để không bỏ sót một một nguyên nhân nào của đau đầu. Từ đó được điều trị đúng mức

I.2 PHÂN LOẠI

Thiết lập một sơ đồ toàn diện và có tính thực hành cho các rối loạn đau đầu là một mục tiêu khó khăn vì nhiều lý do. Việc phân loại đau đầu theo thời gian đã có nhiều thay đổi. Bảng phân loại đau đầu quốc tế II-2004 (ICHD-II: The International Classification of Headache Disorders) được đánh giá là phân loại tốt nhất hiện nay, nhưng cũng như bảng phân loại ICHD-I trước đó, nó cũng còn nhiều giới hạn trong chẩn đoán và điều trị.

Bảng 1: Phân loại Quốc tế Đau đầu II (ICHD-II) - 2004

Phần 1: Đau đầu nguyên phát (không có nguyên nhân khác)

1. Migraine
 2. Đau đầu dạng căng thẳng
 3. Đau đầu cụm và các dạng liên quan
 4. Các đau đầu nguyên phát khác—đau đầu khi gắng sức, đau đầu khi ngủ, đau nửa đầu liên tục và các đau đầu khác
-

Phần 2: Đau đầu thứ phát (do rối loạn khác)

5. Sau chấn thương
6. Bệnh mạch máu
7. Bệnh nội sọ khác, ví dụ, bất thường áp lực trong sọ, u, đầu nước
8. Thuốc
9. Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
10. Các rối loạn nội môi, ví dụ thiếu oxy mô, tăng huyết áp, rối loạn chức năng tuyến giáp
11. Do cổ; mắt; tai, mũi, và họng; xoang, miệng, răng, khớp thái dương hàm

12. Tâm thần

Phần 3: Đau thần kinh sợ, đau mặt trung ương và nguyên phát, các đau đầu khác

13. Đau thần kinh và bệnh dây thần kinh

14. Các đau đầu khác (hiện chưa có tên)

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN :**1 Bệnh sử:****Hỏi bệnh**

— Xuất hiện và diễn biến:

+ Thời gian bắt đầu, ngày, giờ.

+ Cách bắt đầu từ từ hay đột ngột.

+ Phát triển thành cơn hay liên tục.

+ Đau có thành chu kỳ không? Thời gian kéo dài của cơn đau, tần số cơn.

+ Hoàn cảnh xuất hiện

— Vị trí và lan xuyên:

+ Đau bắt đầu từ chỗ nào?

+ Hiện tại đau ở vùng nào? Điểm đau nào nhiều nhất?

+ Lan xuyên đến đâu?

— Cường độ và tính chất

— Hiện tượng kèm theo:

+ Rối loạn tiêu hoá: nôn, táo bón.

+ Rối loạn vận động: bại, liệt chi.

+ Rối loạn tiền đình: chóng mặt, mắt thẳng bằng, cảm giác bồng bênh.

+ Rối loạn thực vật: mặt tái nhợt hay đỏ ửng, vã mồ hôi, tăng tiết nước bọt, nước mũi, mắt đỏ, mạch đập giật ở thái dương.

+ Rối loạn giác quan: sợ ánh sáng, sợ tiếng động.

— Ảnh hưởng các yếu tố chủ quan và khách quan.

— Sau khi ngủ, sau nghỉ ngơi, nhức đầu có đỡ không?

— Khi vận động cơ thể có đau tăng không, xoa hai bên thái dương có đỡ đau không?

— Đã điều trị thế nào, kết quả ra sao?

2 Khám lâm sàng :**Khám toàn thân**

Toàn bộ các cơ quan nội tạng, đặc biệt là tim mạch, phải đo huyết áp, dù là bệnh nhân trẻ (để phòng cơn tăng huyết áp ác tính).

Khám thần kinh - tâm thần

— Chú ý khám tại chỗ.

— Quan sát xem sọ và mặt có biến dạng, có sọ dày, da đầu có nổi u cục, có điểm đau trên sọ và trên đường đi của những nhánh dây V không.

— Sờ, gõ vào vùng mà bệnh nhân kêu đau và vùng đối diện

— Khám cẩn thận, toàn diện về thần kinh - tâm thần.

— Khám vận động nhãn cầu, các phản xạ đồng tử và chức năng thăng bằng.

Khám chuyên khoa:

— Mắt: khúc xạ, thị lực, thị trường, áp lực nhãn cầu, áp lực động mạch võng mạc, đáy mắt.

— Tai - mũi - họng các xoang.

— Răng.

3 cận lâm sàng:

a. Các xét nghiệm thường quy :

— Xét nghiệm máu: hồng cầu, bạch cầu, công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng,

Các xét nghiệm thường quy khác : đường , chức năng thận ,chức năng gan

b. các xét nghiệm đặc hiệu khác :

.Dịch não tủy : để loại trừ nguyên nhân viêm nhiễm như viêm màng não , lao màng não nấm não

Hình ảnh học:

CT não không cản quang :

được chỉ định trong 7 trường hợp sau

1. Đau đầu cơn đầu tiên có tính chất dữ dội và nặng nề.
2. Đau có tính chất tăng tần số và tăng mức độ đau đầu.
3. Đau đầu cơn đầu tiên trên 50 tuổi.
4. Đau đầu cơn đầu tiên ở bệnh nhân có tiền sử ung thư và suy giảm miễn dịch.
5. Đau đầu có kèm theo thay đổi ý thức, thay đổi tâm thần.
6. Đau đầu có kèm sốt, cứng cổ và có dấu hiệu màng não.
7. Đau đầu có kèm theo dấu hiệu thần kinh cục bộ như yếu nửa người.

chỉ định chụp MRI não khi đau đầu

1. Khi nguyên nhân viêm não
2. Thuyên tắc tĩnh mạch não
3. Nhồi máu não gây đau đầu
4. Dị dạng mạch máu não

III LÂM SÀNG VÀ TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT**1. MIGRAINE VÀ CÁC DẠNG ĐAU ĐẦU LIÊN QUAN****a. Migraine không tiền triệu (xem bảng 2)***Bảng.2 : Migraine không tiền triệu*

A. Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D
B. Cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công)
C. Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:
1. Đau một bên
2. Đau kiểu mạch đập
3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng
4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang)
D. Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:
1. Buồn nôn và/hoặc nôn
2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động
E. Không quy kết được cho một rối loạn nào khác
F. Ít nhất 5 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D
G. Cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị hay điều trị không thành công)
H. Đau đầu có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:
1. Đau một bên
2. Đau kiểu mạch đập
3. Cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng
4. Đau nặng thêm khi hoạt động thể lực thông thường hoặc gây né tránh các hoạt động này (ví dụ đi bộ hay leo cầu thang)
I. Trong khi đau đầu, có kèm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:
1. Buồn nôn và/hoặc nôn
2. Sợ ánh sáng và sợ tiếng động
J. Không quy kết được cho một rối loạn nào khác

b. Migraine có tiền triệu(bảng 3)**Bảng 3: Tiền triệu điển hình kèm đau đầu migraine**

A. Ít nhất 2 cơn thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D
B. Tiền triệu kèm ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau, nhưng không có yếu vận động:
1. Các triệu chứng thị giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: ánh sáng, điểm, đường thẳng nhấp nháy) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: mất thị giác)
2. Các triệu chứng cảm giác có thể hồi phục hoàn toàn gồm các đặc điểm dương tính (ví dụ: cảm giác châm chích) và/hoặc các đặc điểm âm tính (ví dụ: giảm cảm giác)
3. Rối loạn ngôn ngữ có thể hồi phục hoàn toàn
C. Ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:
1. Triệu chứng thị giác đồng danh và/hoặc triệu chứng cảm giác cùng bên
2. Ít nhất một tiền triệu phát triển từ từ trong hơn 5 phút và/hoặc các tiền triệu khác nhau xảy ra liên tiếp nhau trong hơn 5 phút
3. Mỗi tiền triệu kéo dài ≥ 5 và ≤ 60 phút
D. Như với Migraine không tiền triệu – 1.1, cơn đau đầu thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D bắt đầu trong giai đoạn tiền triệu và theo sau tiền triệu trong vòng 60 phút.
E. Không quy kết được cho 1 rối loạn khác

c. Migraine mạn tính

Chẩn đoán migraine mạn tính đòi hỏi rằng tất cả các cơn đau đầu phải thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán migraine áp dụng được cho nhóm phổ biến các bệnh nhân có migraine từng đợt trước đó và tiến triển đến tình trạng các cơn đau đầu thường xuyên mà phần lớn cơn ít có đặc điểm migraine. Các đặc điểm chẩn đoán migraine mạn tính gồm :

- Đau đầu migraine ≥ 15 ngày/ tháng trong ít nhất 3 tháng.
- Có ít nhất 5 cơn có các đặc điểm của migraine không tiền triệu.
- Có ≥ 8 ngày/tháng trong ít nhất 3 tháng, đau đầu thỏa mãn đặc điểm đau và migraine không tiền triệu (mục a và b) hoặc đã được điều trị với triptan hoặc ergot và thuyên giảm trước khi phát triển đầy đủ triệu chứng migraine :
 - Có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau : Đau một bên, đau kiểu mạch đập, cường độ đau trung bình hay nghiêm trọng, đau nặng thêm khi hoạt động thể lực hoặc phải né tránh các hoạt động thể lực
 - Có ít nhất 1 trong số các triệu chứng sau : buồn nôn và/hoặc nôn và sợ ánh sáng và sợ tiếng động
- Không phải đau đầu do lạm dụng thuốc và không có rối loạn nguyên nhân khác.

d.Trạng thái migraine: Đề cập đến tình trạng ít gặp của migraine kéo dài mà không suy giảm sau 72 giờ, cũng đòi hỏi phải thỏa mãn tiêu chuẩn migraine.

e. Migraine chu kỳ kinh nguyệt : Đơn thuần và migraine liên quan chu kỳ kinh nguyệt. Migraine kinh nguyệt không được phân loại theo Hiệp hội đau đầu quốc tế và chưa có sự thống nhất về định nghĩa. Thời gian xảy ra thường từ 2 ngày trước chu kỳ đến 3 ngày sau khi có kinh, là lúc estrogen giảm xuống và bóp cò cho migraine. Biểu hiện lâm sàng không khác với migraine không theo chu kỳ kinh, nhưng thường thời gian kéo dài, cường độ nặng hơn và không có aura.

2. ĐAU ĐẦU CỤM VÀ ĐAU ĐẦU TỰ CHỦ DÂY TK TAM THOẢ

Thuật ngữ đau đầu tự chủ dây tam thoa (Trigeminal autonomic cephalalgias) gồm 3 loại đau đầu dường như có liên quan một mức độ nào đó với nhau: đau đầu cụm, đau nửa đầu kịch phát, và đau nửa đầu liên tục. Nhìn chung tất cả đều là đau đầu ngắn và có thể bao gồm các bất thường tự chủ ở đầu. Đau đầu cụm với đặc điểm đau quanh ổ mắt, ngắn (15 đến 180 phút) và nghiêm trọng, xảy ra theo chu kỳ, nhìn chung dễ chẩn đoán và điều trị

a. Đau đầu cụm (cluster headache)

Đặc điểm lâm sàng: Cùng bên với bên đau đầu, hội chứng Horner một phần không có giảm tiết mồ hôi ở mặt, nghẹt mũi, chảy nước mắt do tắc tạm thời ống lệ mũi, tăng tiết mồ hôi (hiếm), phù mắt, phù mô mắt, xung nướu răng và khẩu cái (rất hiếm). “Điểm lạnh” trên ổ mắt, nhịp tim chậm (có thể nặng đến mức gây ngất), tăng huyết áp, tăng tiết acid trong dạ dày.

b. Đau nửa đầu kịch phát (Paroxysmal hemicrania (PH)) cũng là dạng cơn với những đợt gồm các cơn tách biệt nhau và thể mạn tính không thoái lui. Biểu hiện của **Đau nửa đầu kịch phát** là các cơn ngắn từ 2 đến 30 phút (ngắn hơn cơn đau đầu cụm), nhìn chung xuất hiện hơn 5 lần một ngày. Một đặc điểm gần như đồng nhất của **Đau nửa đầu kịch phát** khác với đau nửa đầu liên tục, là đặc điểm đáp ứng với indomethacine là tiêu chuẩn cần thiết cho chẩn đoán. Điều này dẫn đến một khả năng là những bệnh nhân với các cơn tương tự với **Đau nửa đầu kịch phát** mà không đáp ứng với indomethacine sẽ không thoả được phân loại chẩn đoán này.

c. Đau nửa đầu liên tục (Hemicrania continua (HC)) biểu hiện là đau liên tục một bên, thường kèm triệu chứng tự chủ và, giống như migraine, đáp ứng hoàn toàn với indomethacine.

Bảng.4: Đau nửa đầu liên tục

A. Đau đầu > 3 tháng thoả mãn tiêu chuẩn B đến D
B. Có tất cả các đặc điểm sau
1. Đau một bên mà không đổi bên
2. Đau mỗi ngày và liên tục mà không có khoảng thời gian không đau
3. Cường độ trung bình nhưng có những đợt đau nghiêm trọng
C. Có ít nhất 1 trong các triệu chứng tự chủ sau trong đợt cấp và cùng bên với đau đầu:
1. Sung huyết kết mạc và/hoặc chảy nước mắt
2. Sung huyết mũi và/hoặc chảy nước mũi

3. Sụp mí và/hoặc co đồng tử

D. Đáp ứng hoàn toàn với liều điều trị của indomethacin

E. Không quy kết được cho một rối loạn khác

3. ĐAU ĐẦU DẠNG CĂNG THẰNG (Tension-type headache)

Đau đầu dạng căng thẳng là rối loạn chưa được hiểu rõ không chỉ về sinh lý bệnh mà thậm chí cả dịch tễ học cũng không rõ ràng. Trong phần lớn nghiên cứu, đau đầu dạng căng thẳng gặp nhiều hơn so với migraine, với tỷ lệ hiện mắc tính trong cả cuộc đời đạt tới 80%.

Xảy ra mức độ nhẹ đến trung bình, kéo dài từ 30 phút đến 1 tuần, xuất hiện hai bên, vị trí thay đổi, tính chất như căng, bóp ép, không tăng khi hoạt động thể lực. Điều trị thuốc kháng viêm nonsteroid hay chống trầm cảm thường có hiệu quả.

ICHD phân chia đau đầu dạng căng thẳng thành 3 nhóm lớn dựa trên tần số:

- 1) Đau đầu căng thẳng có cơn không thường xuyên - trung bình cơn đau đầu ít hơn 1 ngày trong 1 tháng.(bảng 5)
- 2) Đau đầu căng thẳng cơn thường xuyên - trung bình cơn đau đầu từ 1 đến 14 ngày trong 1 tháng
- 3) Đau đầu căng thẳng mạn tính - trung bình cơn đau đầu từ 15 ngày trở lên trong 1 tháng.

Bảng 5: đau đầu dạng căng thẳng cơn không thường xuyên

A. Ít nhất 10 cơn xảy ra trung bình < 1 ngày mỗi tháng (< 12 ngày mỗi năm) và thỏa mãn tiêu chuẩn B đến D

B. Đau đầu kéo dài từ 30 phút đến 7 ngày

C. Đau đầu có ít nhất 2 đặc điểm sau

1. Đau 2 bên
2. Đau kiểu thắt chặt (không kiểu mạch đập)
3. Cường độ nhẹ đến trung bình
4. Không nặng thêm bởi hoạt động thể lực thông thường như đi bộ hay leo cầu thang

D. Có cả 2 đặc điểm sau

1. Không buồn nôn hay nôn (có thể có chán ăn)
2. Không nhiều hơn một triệu chứng sợ ánh sáng hay sợ tiếng động

E. Không quy kết được cho một rối loạn khác

Đau đầu dạng căng thẳng mạn tính

Phân loại đau đầu quốc tế II (ICHD 2) có các đặc điểm sau:

1. Đau đầu xảy ra ≥ 15 ngày/tháng trong trung bình > 3 tháng (≥ 180 ngày/năm) và đáp ứng các tiêu chuẩn 2-4
2. Đau đầu kéo dài nhiều giờ hoặc liên tục
3. Đau đầu có ít nhất 2 trong các đặc điểm :
 - a. Xảy ra hai bên
 - b. Kiểu ép chặt/ siết chặt (không theo mạch đập)
 - c. Mức độ nhẹ đến trung bình
 - d. Không nặng thêm khi hoạt động thể lực như đi bộ hoặc leo cầu thang
4. Có cả 2 đặc điểm sau :
 - a. Không có nhiều hơn một trong các triệu chứng sợ âm thanh, sợ ánh sáng hoặc nôn nhẹ
 - b. Không có nôn mức độ trung bình đến nặng hoặc buồn nôn
5. Không do một rối loạn khác

Ngoài ra **Đau đầu hàng ngày thể mới** (New daily persistent headache NDPH) gồm đau đầu liên tục, nhất thiết phải thoả mãn tiêu chuẩn chẩn đoán đau đầu căng thẳng mạn tính. (không giống migraine) Chẩn đoán này chỉ ra khó khăn khi quy kết chẩn đoán chỉ dựa trên bệnh sử, bởi vì rõ ràng rằng một số bệnh nhân đơn giản là không nhớ các chi tiết chính xác về khởi phát đau đầu của họ. Khởi phát với đau đầu mức độ vừa giống như đau đầu căng thẳng liên tục mới đây, điều trị không hiệu quả với hướng dẫn đau đầu căng thẳng hiện nay. Đau đầu hàng ngày thể mới trong *ICHD-II* là một lĩnh vực khá phức tạp vẫn còn bàn cãi.

5. Chẩn Đoán Phân Biệt với nguyên nhân đau đầu thứ phát

Trong các phần trên chúng tôi đã nêu các thể lâm sàng của đau đầu nguyên phát, những điểm đặc trưng về đau đầu cũng như tính ổn định của các dấu hiệu này là các điểm gợi ý chẩn đoán mạnh và chặt chẽ của loại đau đầu này. Các tiêu chí này có ý nghĩa rất quan trọng để chẩn đoán phân biệt giữa đau đầu nguyên phát và thứ phát. Điểm đặc trưng của đau đầu nguyên phát với tính ổn định của triệu chứng và gợi ý chẩn đoán mạnh mẽ điển hình nhất là đau đầu migraine.

Các đặc điểm này bao gồm:

- Kiểu đau cố định
- Tiền sử gia đình bị đau đầu migraine

- Giảm đau đầu khi ngủ
- Đau đầu tăng lên khi có kinh nguyệt
- Khám thần kinh và thực thể bình thường

Ngược lại khi nghĩ đến đau đầu thứ phát hay đau đầu do một bệnh thực thể, có một số đặc điểm có thể là dấu chỉ báo tình trạng nguy hiểm, bao gồm:

- Đau đầu lần đầu hoặc đau nhiều nhất từ trước đến giờ
- Đột đau đầu mới xảy ra đột ngột hoặc thay đổi kiểu đau
- Khởi phát đau đầu sau 50 tuổi
- Một đau đầu làm tỉnh ngủ hoặc xảy ra lúc thức
- Đau đầu xảy ra khi gắng sức
- Đau đầu xảy ra khi ho, hoặc tùy thuộc vào tư thế (ví dụ, cúi gập, cử tạ)
- Tiền sử gần đây có chấn thương đầu
- Tiền sử có liên quan đến các bệnh mạn tính, như ung thư hoặc HIV
- Kết hợp giữa đau đầu với cổ gượng
- Kết hợp giữa đau đầu với thay đổi nhân cách, hành vi, hoặc thay đổi ý thức
- Bất thường khi thăm khám thần kinh

Các nguyên nhân thường gặp gây đau đầu thứ phát bao gồm:

- Đau đầu do lạm dụng thuốc
- Các bệnh lý mạch máu não (huyết khối tĩnh mạch nội sọ, dị dạng động tĩnh mạch, viêm động mạch đại bào, xuất huyết dưới nhện,...)
- Thay đổi áp lực dịch não tủy (DNT) (rò DNT tự phát, tăng áp lực nội sọ nguyên phát, tăng áp lực nội sọ thứ phát)
- Tổn thương choán chỗ trong sọ (u, tụ máu...), sau chấn thương
- Nhiễm trùng (trong hoặc ngoài sọ, viêm xoang)
- Bệnh cơ xương (rối loạn cột sống cổ, rối loạn khớp thái dương hàm)

Chẩn đoán đau đầu thứ phát dựa trên sự khai thác cẩn thận bệnh sử, khám thực thể, và thăm khám thần kinh. Các cận lâm sàng thích hợp bao gồm khảo sát máu và dịch não tủy và hình ảnh học (CT hay MRI)

IV. ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT

1. Điều trị migraine

Theo nhiều kinh nghiệm của các trung tâm migraine và các chuyên gia đau đầu việc xác định chẩn đoán cũng như thực hành điều trị đau đầu cấp tính nguyên phát cần theo hướng dẫn, việc lấy chuẩn mực hướng dẫn đã được nghiên cứu và kiểm nghiệm. Chúng tôi giới thiệu những nội dung cơ bản “hướng dẫn điều trị migraine của hiệp hội châu Âu

và Viện Thần Kinh Hoa Kỳ. 2012”Hy vọng tài liệu này sẽ cung cấp cho quý đồng nghiệp những thông tin tham khảo.

a. Điều trị cấp cơn migraine

Điều trị các cơn Migraine bằng thuốc:

Nhiều thử nghiệm lớn ngẫu nhiên, đối chứng với giả dược đã được công bố về xử trí cấp cơn Migraine. Trong phần lớn thử nghiệm này, điều trị thành công các cơn Migraine đã được định nghĩa bởi tiêu chuẩn sau đây:

- Hết đau sau 2 giờ.
- Cải thiện đau đầu từ trung bình hoặc nặng về mức độ nhẹ hoặc hết đau sau 2 giờ.
- Hiệu quả hằng định ở 2 trên 3 cơn.
- Không tái phát đau đầu và không dùng thêm thuốc trong vòng 24 giờ sau khi điều trị thành công (được gọi là giảm đau hoặc không đau kéo dài)

Bảng 6 giới thiệu tổng quan các thuốc giảm đau có hiệu quả trong điều trị migraine cấp. Nhằm ngăn ngừa đau đầu do lạm dụng thuốc, việc sử dụng các thuốc giảm đau đơn giản nên được giới hạn tối đa 15 ngày mỗi tháng và việc dùng các thuốc giảm đau kết hợp giới hạn là 10 ngày mỗi tháng.

Bảng.6: Các thuốc điều trị migraine cấp (cấp cơn)

Thuốc	Liều, mg	Mức độ khuyến cáo	Chú giải
Acetylsalicylic acid (ASA)	1000 (uống)	A	Tác dụng phụ dạ dày ruột
Ibuprofen	200 – 800	A	Tác dụng phụ như ASA
Naproxen	500 – 1000	A	Tác dụng phụ như ASA
Paracetamol	1000 (uống) 1000 (tọa dược)	A	Thận trọng trong suy gan, suy thận

Các thuốc chống nôn:

Việc sử dụng các thuốc chống nôn trong các cơn migraine được khuyến cáo để điều trị buồn nôn và nôn:

Bảng 7 : Các thuốc chống nôn được khuyến cáo để điều trị cấp cơn migraine.

Thuốc	Liều, mg	K. cáo	Chú giải
Metoclopramide	10 – 20 (uống) 20 (tọa dược) 10 (TM, TB, DD)	B	Tác dụng phụ : loạn vận động, chống chỉ định ở trẻ em và thai kỳ.
Domperidon	20 – 30 (uống)	B	Các tác dụng phụ ít nghiêm trọng, có thể dùng cho trẻ em.

Triptan (chất đồng vận 5 – HT): các chất đồng vận thụ thể 5 – HT sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, almotriptan, eletrip, và frovatriptan là các thuốc trị Migraine và không nên sử dụng trong các rối loạn đầu đầu khác ngoại trừ đau đầu cụm. Các triptan khác nhau để điều trị Migraine được trình bày trong Bảng 3. Hiệu quả các triptan đã được chứng minh trong các thử nghiệm lớn đối chứng với các giả dược trong đó các phân tích gộp đã được công bố.

Các triptan có thể hiệu quả ở bất kỳ thời điểm nào trong suốt hơn 1 cơn migraine. Tuy nhiên các bằng chứng cho thấy rằng các triptan được sử dụng càng sớm thì hiệu quả của chúng càng tốt.

Việc sử dụng triptan phải được giới hạn tối đa 9 ngày mỗi tháng theo tiêu chuẩn IHS, trong các nghiên cứu dịch tễ học, nguy cơ của mạn tính hóa có thể đáng kể khi dùng triptan 12 ngày mỗi tháng. Tất cả các triptan đều có thể gây ra đau đầu do lạm dụng thuốc. Khoảng 15 – 40% (phụ thuộc trên hiệu quả ban đầu và hiệu quả kéo dài của thuốc, bệnh nhân dùng triptan đường uống bị tái phát, khi đó một liều triptan thứ hai thường hiệu quả trong phần lớn các trường hợp. Tuy nhiên nếu liều đầu tiên của triptan không hiệu quả thì liều thứ hai cũng không có tác dụng.

Bảng 8: Các triptan khác nhau để điều trị cơn migraine cấp (theo thứ tự thời điểm xuất hiện trên thị trường), không phải mọi dạng sử dụng và mọi hàm lượng đều hiện diện ở tất cả các nước

Thuốc	Liều, mg	Khuyến cáo	Ghi chú
Sumatriptan	25,50,100 (uống) 25 (tọa dược), 10,20 (xịt mũi)	A	100mg sumatriptan được tham khảo đối với tất cả các triptan
Zolmitriptan	2.5,5 (uống) 2.5, 5 (xịt mũi)	A A	

Các tác dụng phụ thường gặp của triptan: các triệu chứng khó chịu ngực, buồn nôn, nôn, dị cảm ngón chi, mệt mỏi. Các chống chỉ định chung: tăng huyết áp không kiểm soát, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, bệnh Raynaud, thai kỳ và cho con bú, dưới 18 tuổi (ngoài trừ zumatriptan xịt mũi) hoặc trên 65, suy gan hoặc suy thận nặng.

Các thuốc khác :

Có các bằng chứng nhất định cho thấy rằng sử dụng acid valproic tĩnh mạch ở liều 300 – 800mg cũng có hiệu quả trong điều trị cấp các cơn migraine và tương tự như vậy đối với một nghiên cứu trước đó dùng flunarizine tĩnh mạch. Tuy nhiên, mức chứng cứ của các thuốc này yếu. Tramadol phối hợp với paracetamol cũng cho thấy hiệu quả trong các cơn migraine cấp. Tuy nhiên, á phiện chỉ có hiệu quả ít, và không có các thử nghiệm đối chứng của các thuốc này; Do đó á phiện và các thuốc an thần không nên sử dụng trong điều trị cấp migraine.

b.Điều trị phòng ngừa migraine:

b.1Chỉ định điều trị ngừa cơn khi có 1 trong các yếu tố sau:

- Điều trị ngừa cơn phải phối hợp với điều trị cấp tính

- Bệnh migraine ảnh hưởng tới đời sống bệnh nhân đầu đã được điều trị cắt cơn
- Các thuốc cắt cơn có chống chỉ định, không hiệu quả, không dung nạp hay có tình trạng lạm dụng thuốc
- Có ≥ 2 cơn migraine mỗi tuần
- Một số thể migraine đặc biệt
- Ý muốn của bệnh nhân

Các thuốc phòng ngừa migraine dung nạp tốt và có bằng chứng hiệu quả là ức chế kênh calcium, ức chế beta, thuốc chống động kinh, NSAID, các thuốc chống trầm cảm và các thuốc khác. Theo quan điểm của nhóm chuyên gia, điều trị dự phòng migraine bằng thuốc nên được xem xét và bàn luận với bệnh nhân khi:

Dự phòng migraine được cho là thành công nếu tần số của các cơn migraine mỗi tháng giảm đi ít nhất 50% trong vòng 3 tháng. Để đánh giá điều trị, nhật ký migraine là phương tiện rất hữu ích. Các thuốc chọn lựa đầu tiên được khuyến cáo theo sự đồng thuận của nhóm chuyên gia và theo các bằng chứng nghiên cứu đã được đưa vào các khuyến cáo mới nhất, được trình bày trong các bảng sau.

Bảng.9: Các thuốc chọn lựa đầu tiên để điều trị dự phòng migraine.

Thuốc	Liều, mg	Mức chứng cứ khuyến cáo
Chống động kinh Topiramate Valproic acid	25 -100 500 -1800	A A
Ức chế kênh Calcium Flunarizine	5 -10	A
Chẹn beta Metoprolol Propranolol Timolol	50 -200 40 -240	A A A
Triptans Frovatriptan	Dùng phòng ngừa ngăn migraine kinh nguyệt	A

Bảng 6.10: Các thuốc được chọn lựa thứ 2 trong dự phòng migraine

Thuốc	Liều, mg	Khuyến cáo
Amitriptyline	50-150	B
Venlafaxine	75-150	B
Atenolol, Nadolol		
Các triptans: Naratriptan, Nomitriptan	Dùng phòng ngừa ngăn migraine kinh nguyệt	B
Naproxen	250 – 500	B

b.2 Phòng ngừa không dùng thuốc

- Dinh dưỡng
 - Một số thức ăn có Tyramine có thể là yếu tố khởi phát cơn migraine trên một số bệnh nhân
 - Fromage, rượu chất đỏ ...
 - Tránh các chất phụ gia thực phẩm
 - Monosodium Glutamate, đường hóa học ...
 - Không phải loại nào cũng có chứng cứ làm nặng thêm bệnh nhưng bệnh nhân có thể kiêng ăn nếu muốn
 - Ăn chay có thể làm thiếu Vitamin B12 và các chất khác và làm migraine nặng hơn
- Châm cứu:
 - Chưa có bằng chứng về hiệu quả nhưng hay được sử dụng
- Vật lý trị liệu
 - Chưa có bằng chứng có hiệu quả
- Tâm lý trị liệu: có thể hiệu quả trên bệnh nhân có vấn đề tâm lý
 - Thư giãn, Yoga
 - Giảm căng thẳng
 - Biofeedback
- Tập vận động: thể dục, Aerobic
 - Không có nghiên cứu chứng minh hiệu quả nhưng có thể làm giảm số cơn trong một số trường hợp
 - Có thể việc vận động làm bệnh nhân bớt lo lắng, giảm căng cơ, tăng tiết endorphine

Điều trị migraine kinh nguyệt. Naproxen sodium (550mg x 2 lần mỗi ngày) đã cho thấy làm giảm đau bao gồm đau đầu trong hội chứng tiền kinh nguyệt. Naproxen sodium dùng trong vòng 1 tuần trước và 1 tuần sau bắt đầu kinh nguyệt, gây ra ít đau đầu trước kinh nguyệt hơn. Triptan đã được sử dụng như là dự phòng ngắn hạn cho migraine kinh nguyệt. Đối với naratriptan (1mg x 2/ngày trong vòng 5 ngày, bắt đầu 2 ngày trước khi khởi phát dự đoán của kinh nguyệt) và frovatriptan (2,5 mg x 2) dùng trong 6 ngày trước kinh nguyệt). Liệu pháp thay thế oestrogen có thể được áp dụng. Chọn lựa đầu tiên đã đạt được đối với estradiol dùng qua da (không dưới 100ug dùng 6 ngày trước kinh nguyệt dưới dạng gel hoặc miếng dán).

Migraine thai kỳ: Nếu migraine xảy ra trong thai kỳ, chỉ có paracetamol được phép sử dụng trong suốt thai kỳ. Triptan và Ergot alkloids bị chống chỉ định. Đối với dự phòng migraine, chỉ có magnesium và metoprolol được khuyến cáo trong suốt thai kỳ (khuyến cáo mức độ B).

2. Điều trị đau đầu dạng căng thẳng**Điều trị cấp**

Thuốc giảm đau đơn thuần và NSAIDs hữu dụng cho việc điều trị cấp tính đau đầu căng thẳng. Aspirin là loại thuốc giảm đau thông dụng nhất có tác dụng hơn giả dược và acetaminophen.

NSAIDs có tác dụng chống viêm, giảm đau và giảm sốt và hấp thu nhanh khi uống với thời gian tập trung huyết thanh tối đa trong vòng ít hơn 2 giờ: Ibuprofen 200 - 400mg/ngày, Naproxen 550mg/ngày, Celecoxib 100-200 mg/ngày. Các NSAIDs khác như ketoralac, diclofenac và indomethacin có hiệu quả giảm đau đầu, nhưng chưa được nghiên cứu nhiều.

Điều trị phòng ngừa

Điều trị phòng ngừa là điều trị căn bản. Tương tự migranie mạn tính, trị liệu có hiệu quả sẽ phải được duy trì trong 3-6 tháng rồi mới thử ngưng. Dưới đây là tóm tắt các thuốc phòng ngừa trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính.

Phòng ngừa bằng thuốc

Amitriptyline: Amitriptyline là thuốc thường dùng, liều thay đổi từ 25 đến 100mg/ngày. Đây là thuốc chống trầm cảm duy nhất đã được chứng minh hiệu quả có ý nghĩa thống kê trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính qua nhiều thử nghiệm. Amitriptyline được ước tính giảm 30% dựa trên một số nghiên cứu.

Nortriptyline: Nortriptyline có nhiều dữ liệu ủng hộ hơn amitriptyline. Bệnh nhân đau đầu dạng căng thẳng mạn tính không đáp ứng với amitriptyline được chỉ định dùng nortriptyline liều lên đến 75mg/ngày.

Protriptyline: Protriptyline 20mg mỗi sáng. Ít gây tăng cân hơn so các thuốc chống trầm cảm 3 vòng khác.

Mirtazapine: Mirtazapine 15 -30mg/ngày tác dụng trên đau đầu làm giảm diện tích dưới đường cong 34% so với giả dược. Nó cũng làm giảm tần suất, thời gian và mức độ đau có ý nghĩa thống kê so với giả dược. Hiệu quả của mirtazapine tương tự như amitriptyline. Thuốc có thể dùng trước khi ngủ.

Topiramate: Trong một nghiên cứu mở, 73% người sử dụng topiramate (liều 25-100mg/ngày) đạt hiệu quả giảm 50% đau đầu trong đau đầu dạng căng thẳng mạn tính từ tuần 13-24. Mức độ đau đầu trung bình giảm từ 6.13 xuống 2.07 theo thang điểm Visual Analog Scale. Tuy nhiên cần những nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng để xác định vai trò của topiramate trong điều trị đau đầu dạng căng thẳng mạn tính.

Sodium valproate: Sodium valproate (500mg hai lần/ngày) giảm tần suất đau đầu nhiều hơn giả dược trên bệnh nhân đau đầu dạng căng thẳng mạn tính trong nghiên cứu tiền cứu, ngẫu nhiên, mù đôi, có nhóm chứng giả dược. Thang điểm Visual Analog Scale không giảm trong nhóm sodium valproate.

Gabapentin là thuốc chống động kinh tác dụng giảm đau đầu căng thẳng thường xuyên, liều khởi đầu 300mg, tối đa 1200mg.

Các thuốc dẫn cơ: có nhiều nghiên cứu điều trị đau đầu dạng căng thẳng kết hợp các thuốc dẫn cơ làm giảm tần xuất đau đầu cơn và đau đầu liên tục. Triệu chứng căng cơ và đau đầu giảm rõ rệt nhất là khi đi ngủ. Các thuốc giãn cơ hiện dùng gồm Tolperison (mydocalm) Epireson (myonal), baclofen.

Botulinum toxin (BTX) tiêm vào cơ quanh sọ có tác dụng đối với bệnh nhân đau đầu căng cơ trong một nghiên cứu mở và trong 2 nghiên cứu mù đôi kiểm chứng giả dược. Trong

một nghiên cứu ngẫu nhiên mù đơn, Porta và cộng sự nghiên cứu mức an toàn và tác dụng của việc tiêm BTX-A vào cơ quanh sọ khi điều trị đau đầu căng thẳng .

Lưu ý: thời gian điều trị chung cho đau đầu dạng căng thẳng mạn tính là 3 tháng, khi đó có thể thử ngưng thuốc; thời gian 3 tháng là tối thiểu, có thể kéo dài hơn khi các triệu chứng rối loạn như lo âu, mất ngủ chưa được kiểm soát.

3. Điều trị đau đầu cụm cấp (cắt cơn)

Vì cơn đau đầu cụm có khởi phát đột ngột và nhanh chóng đạt đến cường độ đỉnh, nên điều trị cắt cơn phải là những trị liệu tác dụng nhanh. Thở oxy, sumatriptan, dihydroergotamine, zolmitriptan và gâ y tê tại chỗ giúp giảm nhanh cơn đau đầu cụm (xem điều trị migraine).

Tài liệu tham khảo :

Tiếng việt :

- 1) Vũ Anh Nhị ,Chẩn đoán và điều trị nhức đầu (taiflieuj lưu hành nội bộ -Bộ môn thần kinh 2012)

Tiếng nước ngoài :

- 1) Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, Sándor PS; European Federation of Neurological Societies . EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2009 Sep;16(9):968-81.
- 2) Randolph W. Evans , Migraine and other Primary Headaches , Volume 27, Issue 2, Pages 321-582 (May 2009)
- 3) S.D. Silberstein, S. Holland, F. Freitag, , D.W. Dodick, C. Argoff, **and** E. Ashman, Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. *Neurology April 24, 2012 vol. 78 no. 17 1337-1345*
- 4) Taylor FR. Diagnosis and classification of headache. Prim Care. 2004 Jun;31(2):243-59,
- 5) The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:9-160.