

Đau nửa đầu

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

CHÍNH — chứng đau nửa đầu, căng thẳng, bệnh cephalalgias tự chủ sinh ba (cụm), các bệnh khác (chính

ho nhức đầu, nhức đầu giảm đau)

NHIỄM TRÙNG — viêm màng não, viêm não, thần kinh trung ương

áp xe, nhiễm trùng toàn thân

CẦU TRÚC — xuất huyết (dưới nhện,

ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong não), huyết khối

(đột quy do thiếu máu cục bộ, mạch máu não), khối u, chấn thương

KHÁC — viêm xoang, viêm động mạch thái dương, đau đầu do viêm cổ tử cung, bệnh tăng nhãn áp góc đóng cấp tính,

tăng huyết áp nội sọ vô căn, dịch não tủy thấp

đau đầu do áp lực, đau dây thần kinh sinh ba, u tuyến yên, đau đầu do lạm dụng thuốc,

sử dụng chất kích thích, cai nghiện chất

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG BÁO ĐỘNG (gợi ý thứ phát

nguyên nhân) - ★ SNOOP2 ★

• TRIỆU CHỨNG HOẶC BỆNH LÝ HỆ THỐNG — hợp hiến

các triệu chứng (sốt, sụt cân, khó chịu, đau cơ, đau da đầu, đau hàm),

bệnh ác tính, HIV, mang thai

- CÁC TRIỆU CHỨNG HOẶC DẤU HIỆU NEUROLOGICAL - nhầm lẫn,

giảm mức độ tỉnh táo, màng não,

phù gai thị, co giật, tổn thương thần kinh khu trú

- ONSET OF “THUNDERCLAP HEADACHE” —tối đa

cường độ trong vòng 60 giây đầu tiên

- TUỔI TRÊN TUỔI — mới bắt đầu sau 50 tuổi

- THAY ĐỔI SAU - tăng đau đầu khi nằm ngửa

(gợi ý ICP cao), tăng đau đầu

đứng (cho thấy ICP thấp), kết thúc bằng

Valsalva vận động hoặc gắng sức

- THƯỜNG THỨC TIỀN BỘ — nhanh chóng trong nhiều ngày tới

tháng, hoặc xấu đi của một ổn định trước đó /

đau đầu điển hình

LỊCH SỬ — các yếu tố thời gian như khởi phát và

thời lượng của mỗi tập cũng như tần suất là

đặc biệt quan trọng trong việc chẩn đoán

Đặc điểm các cơn đau đầu (vị trí, tính chất, cường độ, bức xạ, giảm bớt và trầm trọng thêm), chất kết tủa (căng thẳng, thức ăn, hoạt động thể chất) và bất kỳ

các triệu chứng thần kinh liên quan. Xem xét quá khứ

tiền sử bệnh, thuốc hiện tại (đặc biệt là

thuốc trị đau đầu). Xem xét bệnh viêm động mạch thái dương (hàm hô, thay đổi thị giác, đau da đầu) ở người cao tuổi, tiền sử PMR

VẬT LÝ — vitals. Kiểm tra thần kinh

bao gồm các mảnh ghép thị giác và phương pháp soi quỳ. Nhớ lại để kiểm tra động mạch thái dương ở người già

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiểm, urê, Cr, ESR (tạm thời viêm động mạch), INR, PTT
- HÌNH ẢNH — đầu CT, đầu MRI

ĐẶC BIỆT

- CHỨC NĂNG LUMBAR

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

XÃ HỘI TRƯỞNG THÀNH QUỐC TẾ

TIÊU CHÍ MIGRAINE (ICHD-III)

1. Ít nhất 5 cuộc tấn công
2. Các đợt tấn công kéo dài 4-72 giờ (không được điều trị hoặc điều trị không thành công)
3. Bất kỳ 2 nỗi đau đơn phương, rung động, vừa phải

hoặc cường độ nghiêm trọng, cơn đau trở nên trầm trọng hơn bởi hoặc gây ra việc tránh hoạt động thể chất thông thường

4. Bất kỳ 1 trong số các triệu chứng buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng, ám ảnh
5. Loại trừ các nguyên nhân thứ cấp

SỰ QUẢN LÝ

KIỂM SOÁT TRIỆU CHỨNG — điều đặn trong cuộc sống các hoạt động (ngủ, ăn, tập thể dục), các tác nhân đầu tiên (acetaminophen 650 mg uống mỗi 4 giờ, ibuprofen 400–800 mg PO q6h), tác nhân bậc hai (dihydroergotamine 0,5-1 mg IV, ketorolac 30 mg IV, sumatriptan 50 mg PO hoặc 6 mg SC, naratriptan, rizatriptan, eletriptan, zolmitriptan), thuốc chống nôn / thuốc đối kháng dopamine (metoclopramide 10 mg IV, prochlorperazine 10 mg IV + 500 mL NS). Cân nhắc bổ sung dexamethasone 10–25 mg IV hoặc IM $\times$ 1 với thuốc cấp tính tiêu chuẩn liệu pháp đau nửa đầu cho bệnh nhân tại ER hoặc phòng khám để giảm tỷ lệ tái phát đau đầu sớm

PROPHYLAXIS — được chỉ định nếu bệnh nhân có ≥ 3 các cuộc tấn công mỗi tháng, các cuộc tấn công kéo dài nghiêm trọng, hoặc khi đáp ứng kém với thuốc phá thai.

Các lựa chọn bao gồm thuốc chống trầm cảm ba vòng

(amitriptylin 25–150 mg uống mỗi đêm nortriptylin), thuốc chẹn β (atenolol, propranolol, metoprolol và nadolol), thuốc chống co giật (valproic

axit, topiramate, gabapentin), kênh canxi

thuốc chẹn (verapamil, flunarizine), botulinum

độc tố, peptit liên quan đến gen calcitonin

Thuốc đối kháng thụ thể (CGRP)

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

BỆNH ĐẦU HÀNG NGÀY CỦA CHRONIC — bất kỳ cơn đau đầu nào > 15 ngày mỗi tháng trong > 3 tháng. Rủi ro

các yếu tố bao gồm béo phì, tiền sử đau đầu thường xuyên (> 1 lần mỗi tuần), tiêu thụ caffeine và

lạm dụng thuốc đau đầu cấp tính (thuốc giảm đau, ergots, triptan). Các dạng mãn tính phổ biến

đau đầu hàng ngày bao gồm chứng đau nửa đầu chuyển đổi

(các triệu chứng đau nửa đầu với các biểu hiện mãn tính hàng ngày),

lạm dụng thuốc nhức đầu (sử dụng thuốc đau đầu

thuốc > 15 ngày mỗi tháng), và mãn tính

nhức đầu kiểu căng thẳng. Các dạng ít phổ biến hơn

bao gồm hemicrania Continua, cụm mãn tính

nhức đầu, tăng huyết áp nội sọ vô căn,

hạ huyết áp nội sọ tự phát

NHẠY CẢM ĐẦU - mãn tính hàng ngày, mức độ nhẹ đến mức độ vừa phải, hai bên (như dải), thường là

căng thẳng liên quan. Điều trị bao gồm giảm căng thẳng, thuốc chống trầm cảm ba vòng để dự phòng, và

kiểm soát cơn đau PRN

VIÊM ĐẦU ĐẦU CỤM — đau đầu kinh niên hàng ngày với các cơn lên đến 8×1 giờ kéo dài mỗi ngày

4–8 tuần mỗi tập, với 1–3 tập mỗi tập

năm. Cực kỳ nghiêm trọng, chủ yếu là quanh hốc mắt hoặc thái dương. Liên quan đến các triệu chứng tự trị

(chảy nước mắt, chảy nước mắt), hội chứng Horner (Horton

nhức đầu), và động cơ bồn chồn

VIÊM ĐẦU ĐẦU HYPNIC — mãn tính hàng ngày (chỉ xảy ra khi ngủ), mức độ nặng vừa phải, hai bên.

Điều trị bằng caieine hoặc indomethacin

HEMICRANIA CONTINUA — các cơn đau đầu dữ dội liên tục (đau “chườm đá”), một bên, các triệu chứng tự trị sọ não. Qua

dejnition, đáp ứng với indomethacin

HEMICRANIA PAROXYSMAL — tương tự như đau đầu cụm ngoại trừ các cơn thường xuyên hơn ($> 5x$ và lên đến $24 \times$ mỗi ngày) và ngắn hơn

(8–25 phút). Bằng cách nhận diện, đáp ứng với

indomethacin

IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION (PSEUDOTUMOR CEREBRI)

- TÂM LÝ HỌC — vô căn ↑ trong nội sọ

áp lực chủ yếu ở phụ nữ béo phì

tuổi sinh đẻ → đau đầu tồi tệ hơn khi

thức tỉnh và thay đổi vị trí, liên quan đến thay đổi thị giác thoáng qua, phù gai thị và đôi khi liệt dây thần kinh thứ sáu

• CHẨN ĐOÁN — MRI / MRV (để loại trừ các nguyên nhân khác

chẳng hạn như huyết khối tĩnh mạch não), thắt lưng

chọc thủng với ↑ áp suất mở (> 200

mmH₂O ở người không béo phì, > 250 mmH₂O ở người béo phì

bệnh nhân, nếu không hóa chất dịch não tủy bình thường) • ĐIỀU TRỊ — giảm cân, NSAID để giảm đau,

furosemide, acetazolamide 500 mg PO BID

bạn đầu (tối đa 4000 mg tổng liều hàng ngày).

Quản lý y tế cần được kết hợp

với xử trí phẫu thuật nếu mất thị lực; Shunting dưới phúc mạc, vỏ bọc dây thần kinh thị giác

bác sĩ nhãn khoa thần kinh nối tiếp

theo sát