

2022

Đánh giá đau đầu trên người trưởng thành



Bs. Nguyễn Hoàng Lộc

UpToDate

7/16/2022

Evaluation of headache in adults

Authors: R Joshua Wootton, MDiv, PhD, Franz J Wippold II, MD, FACR, Mark A Whealy, MD

Section Editor: Jerry W Swanson, MD, MHPE

Deputy Editor: Richard P Goddeau, Jr, DO, FAHA

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Jun 2022**. | This topic last updated: **Aug 12, 2021**.

GIỚI THIỆU

Đau đầu là một trong những than phiền y khoa phổ biến nhất. Tổng quan cách tiếp cận bệnh nhân với đau đầu sẽ được trình bày trong bài dịch này. Tiếp cận những ca đau đầu trong cấp cứu sẽ được bàn luận trong một bài dịch khác. (See "Evaluation of the adult with nontraumatic headache in the emergency department".)

Các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán của hội chứng đau đầu nguyên phát chuyên biệt cũng được thảo luận trong các chủ đề khác.

• Đau nửa đầu

•(See "Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults".)

•(See "Chronic migraine".)

•(See "Vestibular migraine".)

•(See "Hemiplegic migraine".)

•(See "Migraine with brainstem aura".)

• Đau đầu căng cơ

•(See "Tension-type headache in adults: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis".)

• Đau dây thần kinh tam thoa:

•(See "Cluster headache: Epidemiology, clinical features, and diagnosis".)

•(See "Paroxysmal hemicrania: Clinical features and diagnosis".)

•(See "Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks: Clinical features and diagnosis".)

•(See "Hemicrania continua".)

• Các rối loạn đau đầu nguyên phát khác:

•(See "Primary cough headache".)

•(See "Exercise (exertional) headache".)

•(See "Primary headache associated with sexual activity".)

•(See "Cold stimulus headache".)

•(See "Primary stabbing headache".)

•(See "Nummular headache".)

•(See "Hypnic headache".)

•(See "New daily persistent headache".)

PHÂN LOẠI

Khoảng 90% các loại đau đầu sẽ được xếp vào 3 loại chính là: đau nửa đầu, loại đau đầu căng cơ và đau đầu cụm. Trong khi đau đầu căng cơ cách hồi thường là đau đầu xuất hiện nhiều nhất trong các nghiên cứu, đau nửa đầu lại chiếm tỷ lệ phổ biến nhất trong các bệnh nhân đến thăm khám với bác sĩ gia đình.

chúng (**bảng 1**)

Đau đầu cụm là loại đau đầu kinh điển đưa bệnh nhân đến mất khả năng sinh hoạt thường ngày, và hầu hết các bệnh nhân này sẽ phải đi đến các trung tâm y khoa khẩn cấp. Tuy nhiên, đau đầu cụm cho tới nay vẫn không phải là một loại chẩn đoán phổ biến gặp tại phòng khám bác sĩ gia đình bởi vì tỷ lệ xuất hiện thấp trong cộng đồng của nó (dưới 1%).

Các bác sĩ có thể dễ dàng nhận biết các loại đau đầu nguyên phát cũng như cách phân biệt

	Đau nửa đầu	Đau đầu căng cơ	Đau đầu cụm
Vị trí	Đau một bên chiếm 60-70% Đau 2 bên trán/ toàn bộ chiếm 30%	Đau cả 2 bên	Luôn luôn là một bên, thường bắt đầu từ xung quanh hốc mắt/ thái dương
Tính chất	Khởi phát từ từ, mạnh lên dần; theo nhịp mạch; mức độ vừa đến nặng; tăng đau bởi các hoạt động sinh hoạt	Đau kiểu đè nén, bó chặt; đau dữ dội rồi giảm xuống	Khởi phát rất nhanh đạt đỉnh cực đau chỉ trong vài phút; đau sâu, liên tục, và rất dữ dội
Lâm sàng	Bệnh nhân thích nghỉ ngơi trong phòng tối và yên tĩnh	Bệnh nhân có thể vẫn hoạt động bình thường được nhưng cần nghỉ ngơi	Bệnh nhân vẫn sinh hoạt được
Thời gian đau	4 đến 72 giờ	30 phút đến 7 ngày	15 phút đến 3 giờ
Triệu chứng đi kèm	Nôn, ói, sợ ánh sáng, sợ âm thanh; có thể có aura (thường là thị giác nhưng vẫn có thể là khứu giác; hoặc khiếm khuyết vận động hoặc ngôn ngữ)	Không	Chảy nước mắt, đỏ mắt một bên; chảy nước mũi, nghẹt mũi; tái nhợt, vã mồ hôi; hội chứng Horner; kích thích không yên, triệu chứng thần kinh khu trú nhưng hiếm, nhạy cảm với cồn.

Đau nửa đầu – Đau nửa đầu là một kiểu đau có cơn, tái phát. Đau nửa đầu thường nhưng không phải luôn luôn đau một bên đầu và tính chất đau thường đau kiểu nhói

hoặc đau theo nhịp mạch. Các triệu chứng đi kèm trong cơn có thể là: buồn nôn, ói, sợ âm thanh, sợ ánh sáng, nhạy cảm mùi. (**bảng 2**)

Đau nửa đầu không có Aura	
A. Ít nhất 5 cơn đau thỏa các tiêu chuẩn từ B đến D	
B. Các cơn đau đầu kéo dài từ 4 đến 72 giờ (không điều trị/ điều trị thất bại)	
C. Cơn đau có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:	
Vị trí 1 bên đầu	
Đau theo nhịp mạch	
Mức độ đau từ trung bình đến nặng	
Bệnh nhân bị kích thích đau bởi/ hoặc tránh các hoạt động sinh hoạt (vd đi bộ, leo cầu thang)	
D. Trong cơn đau có ít nhất 1 trong số các đặc điểm sau:	
Buồn nôn, nôn hoặc cả 2	
Sợ ánh sáng và sợ tiếng động	
E. Không có một chẩn đoán nào khác phù hợp hơn trong ICHD-3 (bảng phân loại rối loạn đau đầu quốc tế)	
Đau nửa đầu có kèm Aura	
A. Ít nhất 2 cơn đau thỏa các tiêu chuẩn B và C	
B. Một hoặc nhiều hơn các triệu chứng aura sau hồi phục hoàn toàn	
Thị giác	
Cảm giác	
Lời nói/ ngôn ngữ	
Vận động	
Thân não	
Võng mạc	
C. Ít nhất 3 trong 6 đặc điểm sau đây:	
Ít nhất một triệu chứng aura kéo dài dần trên 5 phút	
Hai hoặc nhiều hơn triệu chứng xảy ra nối đuôi liên tiếp nhau	
Mỗi triệu chứng aura kéo dài 5-60 phút	
Ít nhất một triệu chứng aura xảy ra ở một bên	
Ít nhất một triệu chứng aura dương tính*	
Aura xuất hiện cùng lúc hoặc 60 phút sau triệu chứng đau đầu	
D. Không có một chẩn đoán nào khác phù hợp hơn trong ICHD-3 (bảng phân loại rối loạn đau đầu quốc tế)	
Các đặc điểm đau nửa đầu ở trẻ em và trẻ vị thành niên	
Các cơn có thể kéo dài từ 2 đến 72 giờ	
Đau thường xuất hiện ở cả 2 bên (tần suất nhiều hơn người lớn)	

Sợ ánh sáng và sợ âm thanh có thể được quan sát thấy qua thái độ của đứa trẻ

* Bằng các thủ thuật khám (đâm kim...)

Các yếu tố kích thích có thể là: stress, kinh nguyệt, rối loạn giấc ngủ, kích thích thị giác, thay đổi thời tiết, đói...

bình; cả hai bên đầu và không có kiểu đau châm chích, cơn đau đầu không đi kèm triệu chứng khác. (bảng 4)

Đau đầu căng cơ – Biểu hiện bệnh cảnh

điển hình là cơn đau mức độ nhẹ đến trung

Mô tả: đau đầu điển hình xuất hiện ở cả 2 bên đầu, kiểu đè nén hoặc siết chặt, mức độ từ nhẹ đến trung bình; kéo dài vài phút đến vài ngày. Cơn đau không tệ hơn khi sinh hoạt hằng ngày, và không có triệu chứng nôn ói nhưng sợ ánh sáng hoặc âm thanh có thể đi kèm. Tăng đau căng vùng da đầu khi sờ chạm bằng tay

A. Ít nhất 10 hồi đau thỏa tiêu chuẩn từ B đến D. Các phân dạng đau thường xuyên hoặc không thường xuyên được phân biệt bằng tiêu chuẩn sau:

Đau không thường xuyên: Cơn đau xuất hiện < 1 ngày mỗi tháng (trung bình < 12 ngày/ năm)

Đau thường xuyên: Cơn đau xuất hiện từ 1 đến 14 ngày mỗi tháng và trung bình trên thời gian 3 tháng (tức >12 ngày và ≤ 180 ngày mỗi năm)

B. Cơn đau kéo dài từ 30 phút đến 7 ngày

C. Có ít nhất 2 trong 4 đặc điểm sau:

Vị trí cả 2 bên đầu

Đau kiểu đè nén (không theo nhịp)

Mức độ nhẹ đến trung bình

Không nặng lên khi sinh hoạt bình thường (vd đi bộ, leo cầu thang)

D. Có cả 2 tiêu chuẩn sau

Không nôn hoặc ói

Không có hơn một triệu chứng sợ ánh sáng hoặc sợ âm thanh

E. Không có một chẩn đoán nào khác phù hợp hơn trong ICHD-3 (bảng phân loại rối loạn đau đầu quốc tế)

Đau đầu cụm – đây là loại đau đầu thuộc về nhóm đau đầu vô căn, chỉ xảy ra ở một bên đầu, thường mức độ đau rất dữ và thường đi kèm với các triệu chứng thần kinh tự động. Đau đầu cụm điển hình sẽ là cơn đau đầu xuất phát từ ổ mắt hoặc xung quanh mắt hoặc thái dương, đi kèm các triệu chứng tự động. Triệu chứng tự động xảy ra cùng bên

với bên đau đầu có thể gồm: sụp mi, co đồng tử, chảy nước mắt, nhiễm trùng củng mạc, chảy mũi, phù quanh mắt, tăng tiết mồ hôi vùng mặt và sung huyết mũi. Bút rút cũng có thể là một đặc điểm điển hình của đau đầu cụm. Cơn đau thường kéo dài từ 15 đến 180 phút.

Đau đầu cụm: Tiêu chuẩn chẩn đoán gồm các điểm sau:

A. Có ít nhất 5 cơn đau đầu thỏa các tiêu chuẩn từ B đến D
B. Cơn đau ở mắt, quanh mắt và/hoặc thái dương ở mức độ từ nặng đến rất nặng, kéo dài từ 15-180 phút nếu không điều trị; trong khoảng thời gian đau (nhưng phải ít hơn một nửa), cơn đau có thể ít nặng hơn và/hoặc rút ngắn hoặc kéo dài hơn.
C. Có một hoặc cả hai điểm sau
1. Ít nhất một triệu chứng hoặc dấu hiệu sau cùng bên với cơn đau đầu
a. Nhiễm trùng củng mạc và/hoặc chảy nước mắt
b. Sung huyết mũi và/hoặc chảy mũi
c. Phù mi mắt
d. Chảy mồ hôi trán hoặc mặt
e. Co đồng tử có hoặc không kèm sụp mi
2. Một cảm giác bứt rứt không yên hoặc kích động
D.
E. Không có một chẩn đoán nào khác phù hợp hơn trong ICHD-3 (bảng phân loại rối loạn đau đầu quốc tế)
Đau đầu cụm vô căng: Tiêu chuẩn chẩn đoán đòi hỏi phải thỏa 2 điểm sau
A. Đủ các tiêu chuẩn của đau đầu cụm và xuất hiện lần lượt
B. Ít nhất 2 đợt đau trải dài từ 7 ngày cho đến một năm (nếu không điều trị), và được tách nhau ra bằng thuốc giảm đau trong thời gian trên 3 tháng
Đau đầu cụm mạn tính: Tiêu chuẩn chẩn đoán đòi hỏi phải thỏa 2 điểm sau
A. Đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán đau đầu cụm
B. Các cơn xuất hiện mà không hề có khoảng nghỉ rõ ràng hoặc có khoảng nghỉ nhưng ít hơn 3 tháng và ít nhất một năm.

Đau đầu cụm đôi khi có thể bị nhầm lẫn với một cơn đau đầu nguy hiểm tính mạng, bởi vì mức độ đau có thể chạm đến cực điểm dữ dội chỉ trong vài phút. Dĩ nhiên, đau đầu cụm thường có tính chất thoáng qua, thường rất hiếm khi nó kéo dài quá 1-2 giờ.

Đau đầu thứ phát – Một cơn đau đầu mà có nguyên nhân tiềm ẩn bên dưới sẽ được xếp vào nhóm đau đầu thứ phát. Bác sĩ thăm khám luôn phải nhớ đến các nguyên nhân gây đau đầu đe dọa tính mạng.

Trong một nghiên cứu về chăm sóc ban đầu người dân Brazil, 39% bệnh nhân nhập viện

với triệu chứng đau đầu, có sự liên quan với rối loạn toàn thân (phổ biến nhất là sốt, tăng huyết áp cấp tính và viêm xoang) và 5% cơn đau đầu có nguyên nhân là rối loạn thần kinh (phổ biến nhất là đau đầu sau chấn thương, đau đầu do bệnh lý cột sống cổ, hoặc do các bệnh lý đang tiến triển trong não)

ĐÁNH GIÁ

Cách đánh giá phù hợp các than phiền đau đầu bao gồm các điểm sau:

- Loại trừ bệnh học nguy hiểm và tìm kiếm các nguyên nhân thứ phát gây đau đầu.
- Cần nhắc xem đây thuộc loại đau đầu nguyên phát nào bằng bệnh sử và bằng các công cụ đánh giá (bảng 1). Sẽ có thể có sự chồng chéo về triệu chứng, đặc biệt là giữa đau đầu Migrain và đau đầu căng cơ, và giữa Migraine và vài nguyên nhân đau đầu thứ phát khác chẳng hạn như bệnh lý xoang. Hỏi kỹ các đặc điểm đau đầu như : tần số, yếu tố khởi phát, bệnh nhân bị hạn chế bao nhiêu khi đau đầu xảy ra là những câu hỏi giúp phân loại được đau đầu.

Một bệnh sử hệ thống, kỹ càng là yếu tố quan trọng độc nhất để hình thành một chẩn đoán đau đầu chính xác và qua đó xem xét cần làm cận lâm sàng gì và điều trị tiếp như thế nào. Hình ảnh học thường không cần thiết trong phần lớn bệnh nhân nhập viện với đau đầu. Tuy nhiên, phải chụp và không được chần chừ trong các loại đau đầu thứ phát.

Bệnh sử và thăm khám – Bệnh sử có thể giúp khu trú lại việc thăm khám, cũng như giúp quyết định liệu hình ảnh học có cần thiết hay không. Một bệnh sử hệ thống nên bao gồm các điểm sau:

- Độ tuổi của người bệnh lúc khởi phát triệu chứng
- Có hay không triệu chứng Aura hoặc tiền triệu?
- Tần số, mức độ đau và thời gian của cơn đau như thế nào?

- Số ngày đau đầu mỗi tháng là bao nhiêu?
- Thời điểm và bối cảnh khởi phát như thế nào?
- Tính chất, vị trí và hướng lan của cơn đau ra sao?
- Các triệu chứng đi kèm có không?
- Tiền sử gia đình có Migraine không?
- Yếu tố tăng giảm đau? (vd ngồi, nằm; thức ăn, cơn;...)
- Cơn đau ảnh hưởng đến sinh hoạt cỡ nào?
- Có đáp ứng với các điều trị cũ hay không?
- Có bất thường gì về quan trường hay không?
- Có chấn thương gần đây không?
- Có tự nghi nguyên nhân là gì không? (môi trường, công việc, sinh nở...)

Việc thăm khám một người đau đầu cần phải qua các vùng sau:

- Đo huyết áp và mạch
- Nghe âm thổi ở cổ, mắt, đầu để nghi ngờ dị dạng động tĩnh mạch
- Khám sờ vào đầu, cổ và vai
- Khám động mạch thái dương và động mạch cổ
- Khám cơ cột sống và cơ cổ.

Khi khám thần kinh nên đánh giá luôn tình trạng tâm thần của bệnh nhân, khám kỹ các dây thần kinh sọ, soi đáy mắt, soi tai. Và thực hiện các nghiệm pháp test vận động, cảm giác, phản xạ, và tiểu não (điều hòa) ở cả 2 bên. Khám tư thế nên gồm việc đứng

dậy từ vị trí đang ngồi mà không có bất kỳ sự hỗ trợ nào và đi bộ trên các ngón chân, và làm thêm nghiệm pháp Romberg.

Các đặc điểm gợi ý đau đầu nguy cơ thấp

– Các đặc điểm sau có thể giúp chỉ ra rằng nhiều khả năng bệnh nhân không có một nguyên nhân nguy hiểm tiềm tàng gây đau đầu:

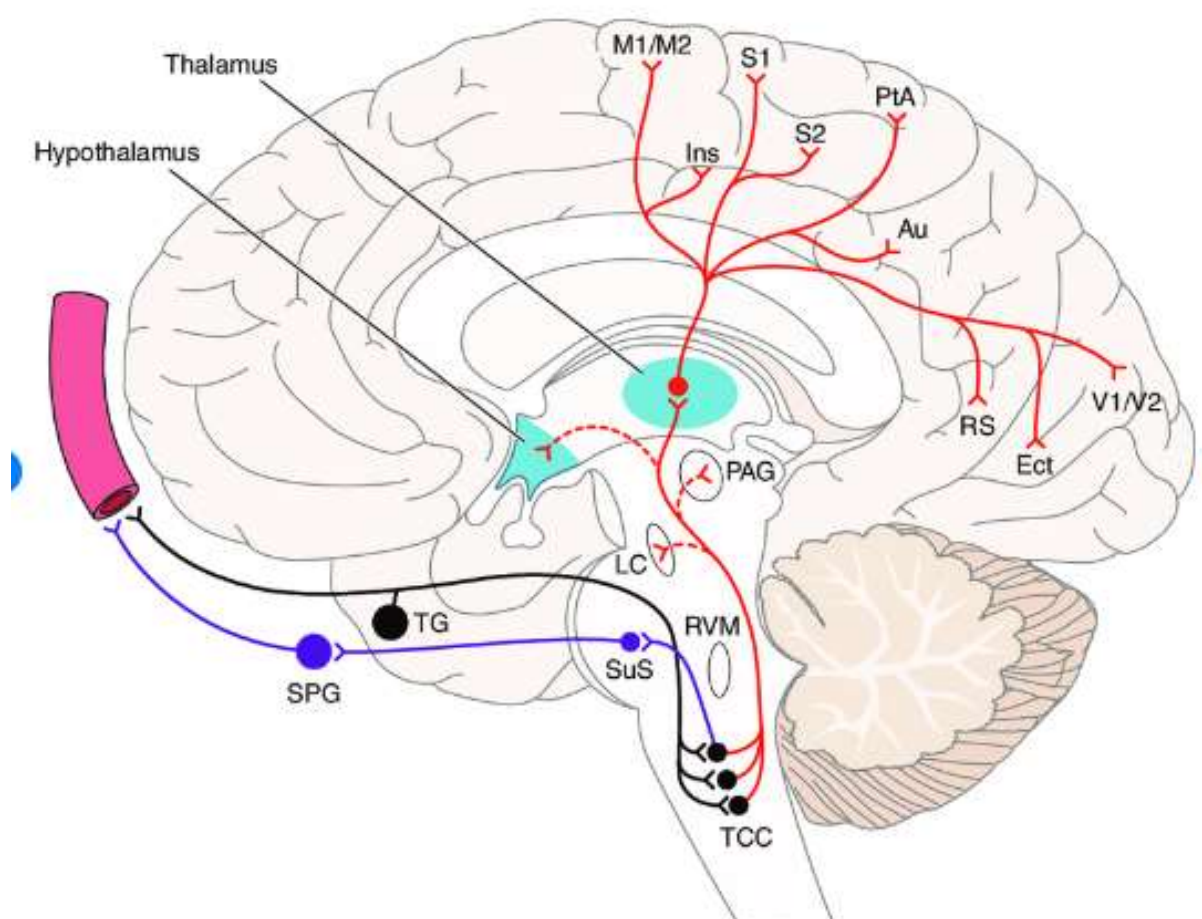
- Tuổi ≤ 50
- Các đặc điểm điển hình của đau đầu nguyên phát (bảng 1)
- Đau đầu có tính chất tương tự như các lần trong quá khứ
- Không khám thấy bất thường thần kinh
- Không có tình trạng đồng mắc nguy cơ cao

- Không có phát hiện gì mới quan hỏi bệnh sử và thăm khám lần này (so với lần trước)

Các bệnh nhân mà có các đặc điểm trên thì không cần phải làm xét nghiệm hình ảnh học.

Phần lớn bệnh nhân có than phiền đau đầu sẽ có kết quả khám lâm sàng cũng như khám chuyên thần kinh bình thường. Tuy nhiên, có vài loại đau đầu nguyên phát khi khám sẽ có các dấu hiệu chuyên biệt

- Với đau đầu căng cơ, có thể khám thấy căng đau các vùng cơ quanh sọ
- Với Migraine, có thể có các dấu chứng liên quan đến các thụ thể tổn thương mô hoặc các **neuron mạch máu thần kinh ngã ba trung ương (hình)**, như tăng cảm giác đau lên, hoặc loạn cảm đau



Anatomy of the trigeminovascular system—ascending projections. The trigeminal ganglion (TG) gives rise to pseudo-unipolar trigeminal primary afferents which synapse on intra- and extracranial structures (blood vessels) as well as the spinal cord trigeminocervical complex (TCC). Second-order neurons from the TCC ascend in the quintothalamic (trigeminohypothalamic) tract synapsing on third-order thalamocortical neurons. Direct and indirect ascending projections also exist to the locus coeruleus (LC), periaqueductal grey (PAG), and hypothalamus. The third-order thalamocortical neurons in turn synapse on a diffuse network of cortical regions including the primary and secondary motor (M1/ M2), somatosensory (S1/S2), and visual (V1/V2) cortices. A reflex connection from the TCC to the superior salivatory nucleus (SuS) exists, which projects via the sphenopalantine ganglion (SPG) providing parasympathetic innervation to the extra- and intracranial structures. Ins, insula; PtA, parietal association; RS, retrosplenial; Au, auditory; Ect, ectothalamic; RVM, rostral ventromedial medulla.

Các bất thường khác trong quá trình kiểm tra ngoài các dấu hiệu của nêu trên thì nên nghi ngờ bệnh nhân thuộc loại đau đầu thứ phát.

Các đặc điểm gợi ý bệnh nhân bị

Migraine – Mỗi loại đau đầu nó có các triệu chứng chuyên biệt riêng, nhưng rất tiếc chúng thường chồng lấp nhau. Một nghiên

cứu khảo sát trên cộng đồng, ít nhất một nửa số bệnh nhân đến có triệu chứng đủ để đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán Migraine, chính vì vậy Migraine có thể chồng lấp triệu chứng với các loại đau đầu khác. Ví dụ là một số lượng lớn các bệnh nhân Migraine có triệu chứng ở mũi y như bệnh viêm xoang. Bổ sung thêm, nghiên cứu trong các trung tâm chăm sóc ban đầu, người ta thấy tới

90% bệnh nhân trong đợt cấp bệnh xoang có triệu chứng đáp ứng đủ chẩn đoán Migraine (theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đau đầu quốc tế).

Để hạn chế lại các sai sót nhầm lẫn kể trên, nhiều công cụ chẩn đoán đã được đề ra, phần lớn các công cụ này đều nhằm đến giúp chẩn đoán Migraine, vì nó là hội chứng đau đầu nguyên phát phổ biến nhất đến phòng khám. Việc tầm soát dựa vào 03 câu hỏi chính:

- **Sợ ánh sáng (Photophobia)** – ánh sáng có gây phiền cho ông/bà hay không?
- **Mất năng lực (Incapacity)** – Con đau có giới hạn các hoạt động thường ngày của ông/bà hay không? (làm việc, học hành...)
- **Buồn nôn (Nausea)** – ông/bà có cảm thấy buồn nôn hay khó chịu ở vùng dạ dày hay không?

Mẹo là cứ nhớ chữ **PIN**, để cố gắng gợi ý việc đau đầu Migraine. Khả năng cao là Migraine nếu có 2 trong 3 chữ vừa nêu (nghiên cứu cho thấy khả năng từ 59 to 84 %)

Thêm một công cụ tầm soát đau đầu khá đơn giản khác, bệnh nhân có 3 trong 4 câu hỏi:

- Anh/chị có thường bị cơn đau đầu nặng không?
- Anh/chị có thường bị cơn đau đầu nhẹ không?

- Anh chị có thường uống thuốc giảm đau đầu không?
- Có sự thay đổi gì trong cơn đau đầu gần đây của anh/chị không?

Trong một nghiên cứu, người ta thấy cơn đau đầu tái hồi gây mất chức năng sẽ là Migraine với tỷ lệ khảo sát là 136 / 146 bệnh nhân (93%). Và 154/197 patients (78%) với chẩn đoán đau Migraine mạn tính với độ đặc hiệu đến 63%. **Do đó, trong thực tế bất kỳ bệnh nhân nào với đau đầu tái hồi nặng thì nên xem xét khả năng cao đó là Migraine.**

Trong số các câu hỏi nêu trên, câu hỏi quan trọng đó là “**cơn đau đầu lần này của anh/chị có khác với các cơn lúc trước không**”, bởi vì nếu có, thì khả năng bệnh nhân sẽ là nhóm đau đầu thứ phát. Một bệnh nhân, trong 6 tháng, có các cơn đau đầu với tính chất tương tự nhau và ổn định thì khả năng là không có nguyên nhân nguy hiểm.

Các dấu hiệu nguy hiểm – luôn nên nhớ các dấu hiệu này vì nó có thể là gián tiếp của một khối choáng chỗ nội sọ, hoặc sang thương mạch máu, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, hoặc một vấn đề toàn thân nào đó. Các dấu hiệu nguy hiểm chủ yếu sẽ thu thập được thông qua hỏi kỹ bệnh sử:

Để cho dễ nhớ, ta có thể nhớ chữ “**SNNOOP10**” để nhớ các dấu hiệu nguy hiểm gây đau đầu cấp hoặc bán cấp:

- Triệu chứng toàn thân gồm cả sốt - **Systemic symptoms**

- Bệnh sử ung thư di căn - **N**eoplasm history
 - Khiếm khuyết thần kinh - **N**eurologic deficit
 - Khởi phát đột ngột cấp kỳ - “**O**nset is sudden or abrupt
 - Trên 50 tuổi - **O**lder age
 - Đau đầu khác với lần đau trước - **P**attern change
 - Đau đầu theo tư thế - **P**ositional headache
 - Khởi phát bởi ho, hắt hơi, hoặc tập thể dục - **P**recipitated by sneezing,
 - Phù gai thị - **P**apilledema
 - Đau đầu ngày càng tiến triển và kiểu không điển hình - **P**rogressive headache
 - Thai kỳ hoặc hậu sản - **P**regnancy
 - Đau mắt với các dấu hiệu thần kinh tự động - **P**ainful eye
 - Khởi phát đau đầu sau chấn thương - **P**ost-traumatic
 - Suy giảm miễn dịch sẵn có như là HIV - **P**athology of the immune
 - Phải dùng liều mạnh hoặc thậm chí quá liều thuốc giảm đau đầu / hay phải sử dụng một thuốc giảm đau đầu mới hoàn toàn. - **P**ainkiller
 - Đau đầu chỉ có một bên và không chuyển bên (vd đau khóa bên), thì khả năng cao là đau đầu thứ phát (đặc biệt nếu đau đầu xuất phát từ cột sống cổ hoặc đau sau chấn thương), mặc dù thực tế chỉ một lượng ít bệnh nhân có nguyên nhân nguy hiểm ẩn dấu (ví dụ di căn não, bóc tách động mạch đốt sống cổ, viêm tế bào không lồ, huyết khối xoang tĩnh mạch não). Dấu vậy các bệnh nhân với đau đầu mà chỉ xuất hiện có một bên vẫn nên được “điều tra” đến cùng nguyên nhân.
 - Giảm khả năng nhìn hoặc thấy các vòng halo với quang sáng xung quanh sẽ gợi ý bị Glaucoma (tăng nhãn áp). Nghi ngờ glaucoma góc đóng bán cấp dựa chủ yếu vào thời gian đau đầu một bên (thường ngắn dưới 1 giờ). Cận thị cấp (myopia) và glaucoma góc đóng cấp thứ phát, có thể xảy ra tuy hiếm nhưng có khi bệnh nhân sử dụng thuốc **Topiramate** (thường dùng trị Migraine), điển hình sẽ thấy trong vòng 1 tháng sử dụng thuốc.
 - Khiếm khuyết hoặc giảm quan trường sẽ gợi ý một sang thương nào đó trên đường đi của dây thần kinh thị (ví dụ như u tuyến yên)
 - Mất thị lực đột ngột, một bên và mức độ nặng sẽ là dấu hiệu gợi ý viêm dây thần kinh thị giác. Viêm dây thần kinh thị giác sẽ có dấu hiệu kinh điển là đau, mất thị giác một bên, vài giờ cho đến vài ngày.
- Nếu có các dấu hiệu “SNOOPP10” thì phải chụp CT hoặc MRI.
- Các dấu hiệu chuyên biệt gợi ý khả năng cao là đau đầu thứ phát** – bao gồm các tình huống sau:

- Nhìn mờ khi cúi đầu ra trước, đau đầu khi đi lại vào buổi sáng sớm và giảm khi ngồi nghỉ, nhìn đôi, mất khả năng giữ thăng bằng, nếu có các dấu chứng trên thì nên nghi ngờ có Tăng áp lực nội sọ (ICP), thường nó sẽ xuất hiện từ từ, mỗi ngày, và diễn tiến đau đầu ngày càng tăng dần, kèm với nôn ói mạn tính. Tăng áp nội sọ vô căn là căn bệnh thường ảnh hưởng lên phụ nữ sanh nữ và có béo phì. Đặc điểm nhận dạng sẽ là đau đầu, phù gai thị, giảm mắt thị lực, chọc dịch não tủy sẽ ghi nhận tăng áp lực mở với các thành phần dịch não tủy bình thường.
- Trong các bệnh nhân nhập viện giảm đau đầu khi nằm và tăng đau khi ngồi dậy, chẩn đoán giảm tưới máu nội sọ nguyên phát hoặc rò dịch não tủy nguyên phát với áp lực dịch não tủy bình thường là các chẩn đoán nên được tầm soát. Đặc điểm chính yếu của các hội chứng này là nó lan rộng, và có thể thấy tăng quang trên phim MRI ở vị trí các màng não. Nguyên nhân được đồng thuận rộng rãi là có một sự khiếm khuyết hoặc đứt gãy nào đó trên hệ thống màng não.
- Sự hiện diện của nôn, ói và nặng lên khi thay đổi tư thế đặc biệt là tư thế gập cúi, một khiếm khuyết thần kinh khu trú, phù gai thị, cơn co giật mới khởi phát và/ hoặc có sự thay đổi kiểu đau rõ rệt so với lần trước là các dấu hiệu gợi ý u não. Các yếu tố khác gợi

ý đau đầu u não nhìn chung không đặc hiệu, nó có thể y chang đau đầu nguyên phát.

- Đau đầu ngắt quãng, kèm theo đó là vã mồ hôi, nhịp tim nhanh lên, và/hoặc kèm tăng huyết áp tức thời hoặc dai dẳng là các dấu hiệu gợi ý một bệnh lý u tủy thượng thận “pheochromocytoma”
- Đau đầu vào buổi sáng là triệu chứng không đặc hiệu, nó có thể là đau đầu nguyên phát hoặc có thể là một đau đầu thứ phát sau các nguyên nhân như: ngưng thở khi ngủ, nghiện rượu khi ngủ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đang cai caffeine hoặc quên uống caffeine, hội chứng giảm thông khí do béo phì.

Các tình huống cấp cứu – có một lượng nhỏ bệnh nhân sẽ nhập viện với đau đầu đe dọa tính mạng cần phải hội chẩn để chẩn đoán và điều trị ngay lập tức. Bao gồm các bệnh nhân sau:

- **Đau đầu khởi phát cấp tính đau như sét đánh “thunderclap”** – mô tả cơn đau đầu khởi phát chạm ngưỡng đau cực hạn cực nhanh (thường chỉ trong vài giây cho đến ít hơn 1 phút), gốc từ thunderclap nhằm mô tả sự nhanh, bùng nổ và bất ngờ của cơn đau (tiếng sấm). Đây có thể khả năng cao là một đau đầu do xuất huyết dưới nhện hoặc các bệnh nguyên hiểm ác khác (bảng 7)

Bảng 7: Bệnh nguyên của kiểu đau đầu thunderclap

Nguyên nhân phổ biến nhất của kiểu đau đầu thunderclap
Xuất huyết dưới nhện
Hội chứng co thắt mạch máu não thuận - nghịch
Các nguyên nhân ít phổ biến hơn nhưng vẫn gặp
Nhiễm trùng não (viêm màng não, viêm xoang biến chứng cấp tính)
Huyết khối tĩnh mạch não
Bóc tách động mạch đốt sống
Giảm tưới máu não nguyên phát
Cơn tăng huyết áp khẩn cấp
Posterior reversible leukoencephalopathy syndrome (PRES)
Xuất huyết nội sọ
Nhồi máu não
Các nguyên nhân hiếm khi gây ra kiểu đau thunderclap
Nhồi máu tuyến yên
Nang não thất ba
Bóc tách nhánh động mạch chủ
Xơ hóa cuống não
U não
Viêm động mạch tế bào khổng lồ
U tủy thượng thận
Nang khí trong sọ
Retroclival hematoma
Máu tụ ngoài màng cứng tủy sống
Bệnh mạch máu do nhiễm virus Varicella zoster
Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada
Các nguyên nhân còn đang tranh cãi
Túi phình nội sọ
Đau đầu thunderclap nguyên phát

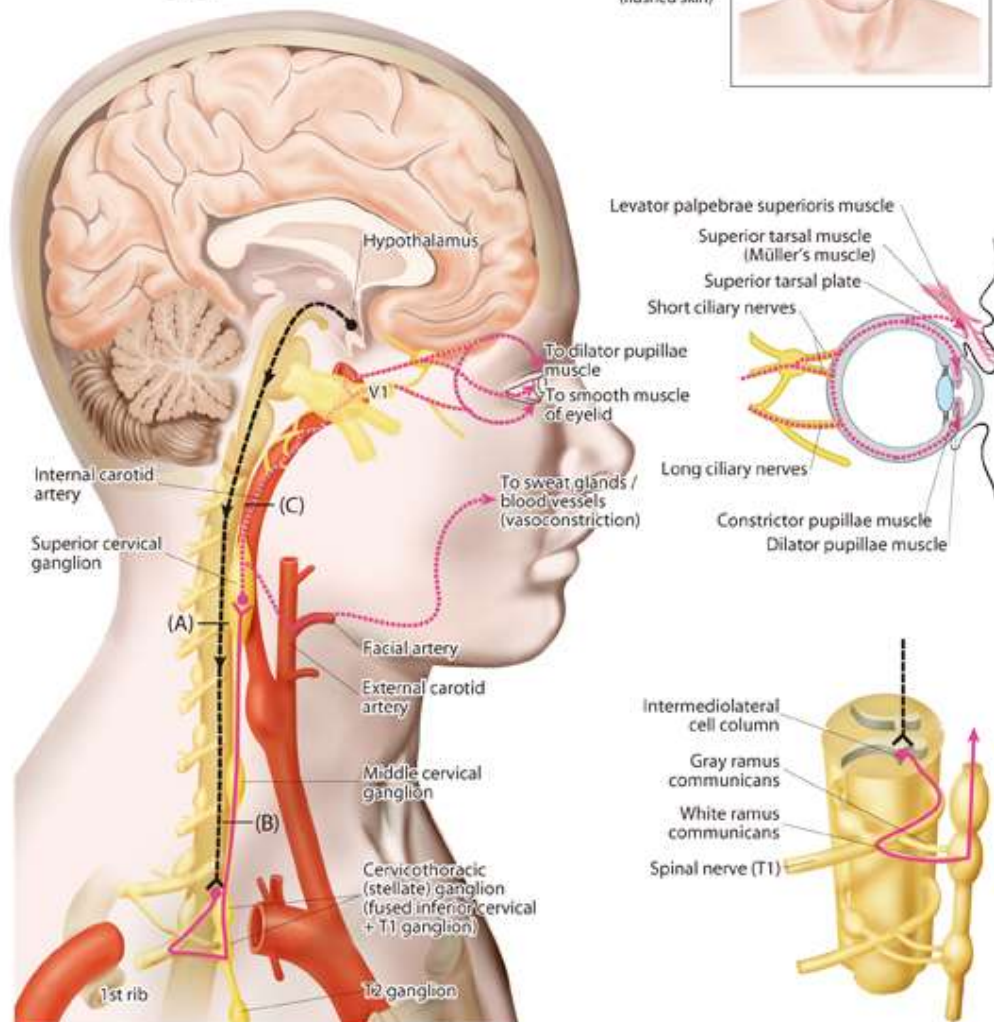
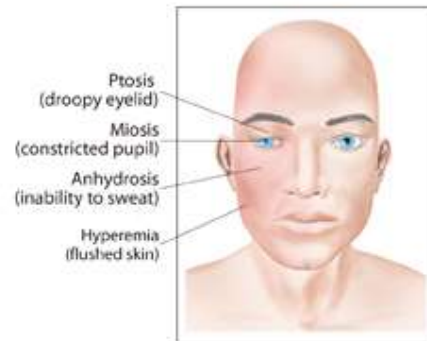
- **Đau cổ cấp hoặc bán cấp hoặc đau đầu đi kèm với hội chứng Horner và/hoặc có khiếm khuyết thần kinh** – bóc tách động mạch đốt sống cổ thường có triệu chứng khu trú, thường bệnh nhân đau cổ hoặc đau đầu, và thường dẫn đến một kết quả sau cùng

là nhồi máu não hoặc một cơn TIA. Hội chứng Horner sẽ gặp trong tỷ lệ tầm khoảng 39% số bệnh nhân với bóc tách động mạch cảnh và 13% bệnh nhân có bóc tách động mạch đốt sống.

Horner's Syndrome

Horner's syndrome results when the cervical sympathetic pathway from the hypothalamus is interrupted. The lesion may be central (A), preganglionic (B), or postganglionic (C) in origin; it may be primary or secondary to another disorder. Symptoms may include ptosis, miosis, anhidrosis (lack of sweating) and/or hyperemia.

●-----● Descending tract from hypothalamus
 ●-----● Preganglionic tract
 ●-----● Postganglionic tract



- **Đau đầu nghi ngờ viêm màng não hoặc viêm não** – sốt, rối loạn tri giác, đi kèm với cứng hoặc không cứng gáy có thể là các dấu hiệu chỉ hướng nhiễm trùng thần kinh trung ương.
- **Đau đầu với triệu chứng thiếu hụt thần kinh khu trú hoặc toàn thể hoặc đau đầu kèm phù gai thị -**

đau đầu là triệu chứng tiên phát của tăng áp lực nội sọ, và càng phải nghi ngờ khi có các dấu chứng sau đi kèm như: phù gai thị hai bên, thiếu hụt thần kinh khu trú hoặc có các giai đoạn ói hoặc buồn nôn lặp đi lặp lại.

- **Đau đầu kèm các triệu chứng mắt và quanh mắt** – đau đầu kèm theo giảm thị lực, đau quanh ổ mắt hoặc kèm theo liệt vận nhãn có thể là chỉ điểm cho glaucoma góc đóng cấp tính, hoặc có thể là nhiễm trùng, sung huyết mạch máu do huyết khối thuyên tắc xoang tĩnh mạch hang hoặc dị dạng dò động tĩnh mạch, hoặc thậm chí là một khối u trong ổ mắt.
- **Đau đầu sau hít khí CO** – tính chất cơn đau tùy vào nồng độ CO hít vào.

Hình ảnh học – CT và MRI là những mô thức phổ biến dùng để chẩn đoán nguyên nhân đau đầu thứ phát. Việc chọn lựa có hay không dùng chất cản quang sẽ tùy vào bệnh cảnh lâm sàng.

Các chỉ định sử dụng hình ảnh học

– là các bệnh nhân có các dấu nguy hiểm vừa nêu trên hoặc các bệnh nhân có các dấu hiệu nghi ngờ đau đầu thứ phát

Hình ảnh học thường không cần với các bệnh nhân có kiểu đau đầu Migraine ổn định trước giờ và không có dấu thần kinh khu trú khi thăm khám, mặc dù một ngưỡng thấp hơn là nên sử dụng hình ảnh học cho các bệnh nhân với kiểu đau Migraine không điển hình hoặc các bệnh nhân không thỏa đủ các tiêu chuẩn Migraine.

Phần lớn bệnh nhân không có các dấu nguy hiểm thường không phải nhóm đau đầu thứ phát. *Một nghiên cứu 373 bệnh nhân có một hoặc nhiều hơn đặc điểm mà làm bác sĩ thấy cần phải chụp CT như: tăng độ nặng,*

đáp ứng kém với thuốc, thay đổi kiểu đau, hoặc tiền sử gia đình có sang thương cấu trúc nội sọ, chỉ 02 người cho thấy có tổn thương rõ rệt khi quét CT (một người bị u thần kinh đệm, một người bị phình mạch máu não), chỉ người bị túi phình là có thể điều trị.

Chọn loại hình ảnh học phù hợp – việc chọn loại mô thức hình ảnh nào và liệu có cần cản quang hay không sẽ tùy vào bối cảnh lâm sàng.

- **Bối cảnh cấp cứu** – tình huống này thì CT sẽ có nhiều lợi thế hơn MRI:
 - Phổ biến và chụp mất vài phút
 - Rất nhạy với xuất huyết não
 - CT an toàn hơn MRI khi bệnh nhân nặng không ổn định.

Với các kỹ thuật mới hiện hành, mức độ ăn tia càng ngày càng thấp cho cả người lớn và trẻ em.

MRI là thiết bị ban đầu, thường hữu dụng trong các tình huống bệnh nhân đau đầu kèm theo có phù đĩa thị hoặc đau tam thoa, đau đầu mạn tính nhưng kỳ này có các triệu chứng mới, hoặc đau đầu mà có các dấu hiệu trong vùng nguy hiểm (nêu trên, ví dụ như ung thư đã biết, thai kỳ,...), luôn nhớ rằng CT vẫn là một cận lâm sàng có thể thay thế khi bạn không có máy MRI.

- **Bối cảnh không cần cấp cứu** – MRI có độ nhạy cao hơn nhiều so với CT trong hầu hết các loại đau đầu thứ phát và cũng không bị ăn tia như CT.

Một lời khuyên từ các chuyên gia hãy lựa chọn khôn ngoan, không nên chọn CT để khảo sát nếu như có trong tay máy MRI, trừ khi đó là trường hợp cấp cứu. Dùng thêm chất cản quang nếu muốn khảo sát mạch máu và liều cản quang phù hợp cho một CT đầu là 2 millisievert (mSv).

Chọc dò tủy sống – chọc dò và phân tích dịch não tủy thường là một thủ thuật được chỉ định trong tình huống khẩn cấp, khi mà trên lâm sàng nghi ngờ khả năng cao là xuất huyết dưới nhện nhưng chụp CT kết quả lại bình thường. Và chọc dịch não tủy cũng được chỉ định trong các tình huống nghi ngờ nhiễm trùng, ung thư di căn. Chọc dò cũng được chỉ định trong các tình huống tăng áp lực nội sọ vô căn, nhưng nhìn chung không cần thiết vì chúng ta đã có MRI có thể phát hiện chẩn đoán rò rỉ dịch não tủy tự phát với áp lực dịch não tủy bình thường hoặc giảm áp nội sọ tự phát do rò rỉ dịch não tủy. Các vấn đề này được trình bày ở một chủ đề khác.

Các tình huống lâm sàng phổ biến – bệnh nhân đến vì đau đầu với các yếu tố nghiêm trọng nhưng chưa đe dọa tính mạng nên được khám đánh giá ngay tức thì dù trong môi trường ngoại viện hoặc nội viện. Các đặc điểm khác nhau về chủng tộc, các bệnh đồng mắc cũng như tính chất đau đầu sẽ giúp rất nhiều trong việc chẩn đoán và điều trị phù hợp.

Đau đầu mới hoặc đau đầu gần đây
– Khi tính chất cơn đau đầu kỳ này không

giống các lần trước và đi kèm theo các yếu tố nguy cơ thì khả năng cao bệnh nhân có một nguyên nhân nguy hiểm tiềm ẩn bên dưới cơn đau đầu. MRI có hoặc không có cản quang sẽ cần thiết để đánh giá khối choáng chỗ nội sọ (u di căn, khối máu tụ, abcess...), tắc cống não, hoặc phù não sau khi bị nhồi máu. Nếu MRI không có thì dùng CT.

Trong các bệnh nhân với cơn đau đầu mới thì bệnh nhân được gọi là yếu tố nguy cơ cao khi có các đặc điểm sau:

- **Tuổi:** thường trên 50 tuổi mà mới bị cơn đau đầu này
- **Ung thư**
- **Sốt hoặc với bệnh Lyme:** gợi ý nhiễm trùng thần kinh trung ương
- **Suy giảm miễn dịch:** gợi ý nhiễm trùng hoặc u.

U não là nguyên nhân hiếm khi gây đau đầu nhưng cũng nên cân nhắc khảo sát nhất là khi nó đi kèm triệu chứng thay đổi tính chất đau, phù gai thị, khiếm khuyết thần kinh khu trú hoặc co giật; đặc biệt khi cơn đau đầu lần đầu tiên này xuất hiện trên những người trên 50 tuổi.

Khi không có các dấu hiệu nguy hiểm, bệnh nhân nhập viện với cơn đau đầu mới và khám thần kinh bình thường khả năng cao chỉ là đau đầu nguyên phát thường là Migraine hoặc đau đầu căng cơ.

Các bệnh nhân lớn tuổi – Các bệnh nhân càng lớn tuổi càng tăng nguy cơ đau

đầu thứ phát (như viêm mạch máu tế bào khổng lồ, đau thần kinh tam thoa, khởi máu tụ dưới màng cứng, herpes zoster cấp, đau thần kinh sau điều trị, và u não) và vài loại đau đầu nguyên phát (như đau đầu khi ngủ, đau đầu khi ho, Migraine). Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khi nào thì tùy vào bạn nghi ngờ chẩn đoán gì. Các chẩn đoán nghi ngờ là:

- **Viêm động mạch thái dương (viêm động mạch tế bào khổng lồ)** – là bệnh lý viêm các mạch máu lớn và trung bình. Bệnh hiếm khi xảy đến trước tuổi 50 và dĩ nhiên tần suất bệnh tăng dần sau đó. Cơn đau điển hình kéo qua vùng thái dương nhưng có thể ở vùng trán hay ổ mắt. Mức độ đau từ nhẹ đến nặng. Thường đi kèm với các triệu chứng phụ như sốt, mệt mỏi, sụt cân, cứng hàm, triệu chứng thị giác, liệt vận nhãn ngang và nhìn đôi, và đôi khi có thể đi kèm viêm đa khớp. Xét nghiệm amsu sẽ thấy VS tăng, CRP tăng, tăng số lượng tiểu cầu nhưng các dấu chứng này không đặc hiệu lắm.

Chẩn đoán sẽ dựa trên mô bệnh học và hình ảnh học. Mô bệnh học là bằng chứng hùng hồn nhất nhưng đòi hỏi phải sinh thiết động mạch thái dương. Chính vì vậy, siêu âm Doppler màu được thực hiện bởi một bs giàu kinh nghiệm sẽ là một biện pháp thay thế. Trên siêu âm có thể nhìn thấy hình ảnh bất thường của động mạch thái dương (ví dụ dấu hiệu phù thông qua

vòng halo hoặc dấu đè ép). Khi bệnh nhân vẫn bị nghi ngờ nhưng kết quả siêu âm hoặc thậm chí sinh thiết âm tính thì tiến tới sử dụng CTA, MRA hoặc PES.

- **Đau dây thần kinh tam thoa** – thường được mô tả là đau đột ngột, dữ dội, một bên, đau nhói như dao đâm, có nhiều lần tái phát đau một trong số 3 nhánh của thần kinh V. Tỷ lệ tăng dần theo tuổi, thường nhất là sau 50 tuổi. Một khi chẩn đoán thì bị nghi ngờ việc quan trọng cần làm là tìm nguyên nhân ẩn đằng sau cơn đau ấy. MRI hoặc MRA là các công cụ hữu hiệu để đánh giá sự đè ép của các mạch máu lân cận lên dây thần kinh V.
- **Máu tụ dưới màng cứng mạn tính** – có thể biểu hiện rất hiếm ác với các triệu chứng mơ hồ như đau đầu, đau óc quay quay, suy nhận thức, thờ ơ lãnh đạm, ngủ gà, thậm chí co giật. Chụp CT hoặc MRI không cần quang là đủ để xác chẩn.
- **Herpes Zoster cấp và đau hậu điều trị** - thường ảnh hưởng lên thần kinh vùng cổ và thần kinh tam thoa. Thường có đến 75% bệnh nhân sẽ có tiền triệu trên da và ban xuất hiện. Thường chẩn đoán dựa trên lâm sàng bằng nước trên các sang thương da.

- **Đau đầu lúc ngủ** - còn được biết với cái tên “đau đầu hẹn giờ - alarm clock”, thường gặp trên các bệnh nhân >50 tuổi, kiểu đau thì mơ hồ, thường ở 2 bên đầu, làm bệnh nhân tỉnh giấc. Đây là một chẩn đoán được thiết lập khi các loại đau đầu khác đã được loại bỏ. Do vậy nên chụp MRI để loại trừ tổn thương cấu trúc não.

Thai kỳ - Đau đầu lần đầu hoặc đau thay đổi bản chất có thể là Migraine hoặc các đau đầu nguyên phát khác, nhưng nguy hiểm hơn nó có thể là dấu hiệu của tiền sản giật, đau đầu sau chọc dò tủy, hoặc huyết khối tĩnh mạch nội sọ. Tiền sản giật đặc biệt phải được nghĩ đến khi bệnh nhân có đau đầu và thai kỳ trên 20 tuần.

Đau đầu mạn tính - ở người trưởng thành với đau đầu mạn tái phát, gồm cả những người có aura, nhưng không thay đổi bản chất cơn đau, không tiền sử có giật, và không có dấu hiệu thần kinh khu trú thì hình ảnh học thường qui là không cần thiết.

Với các phân type đau đầu mà thời gian đau dài (4 giờ hoặc hơn), gốc từ “mạn” mô tả đau kéo dài hơn 15 ngày trên một tháng và lâu hơn 3 tháng và không có liên hệ với bệnh cơ quan. Các phân type đau đầu này gồm:

- Đau đầu Migraine mạn tính
- Đau đầu căng cơ mạn tính
- Đau đầu phải dùng một lượng lớn thuốc kiểm soát
- Hemicrania continua
- Đau đầu dai dẳng, mới mỗi ngày, không bớt trong vòng 3 ngày

Với các phân type mà thời gian đau đầu ngắn hơn (ít hơn 4 giờ), gốc từ “mạn” mô tả thời gian đau kéo dài mà không dứt hẳn. Các phân type đau đầu này gồm:

- Đau đầu cụm mạn
- Đau đầu kịch phát mạn (Chronic paroxysmal hemicrania): đặc trưng là đau một bên, cơn đau nặng liên quan với tính tự động của dây thần kinh sọ, có thể tái xảy ra nhiều lần trong ngày, mỗi lần 2-30 phút.
- Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks: cơn đau đột ngột tức thời nhanh chóng ở mắt, ổ mắt, thái dương đi kèm với triệu chứng thần kinh sọ cùng bên.
- Đau đầu khi ngủ
- Đau đầu stabbing nguyên phát, cơn đau đột ngột tức thời nhanh chóng ở mắt, ổ mắt, thái dương

THE END – THANK YOU



