

ĐAU ĐẦU

Laura E. Walker

NỘI DUNG CHÍNH

- Bệnh nhân bị rối loạn đau đầu đã biết biểu hiện một sự thay đổi về đặc điểm đau đầu cần được đánh giá các nguyên nhân nghiêm trọng có thể gây nên.
- Thăm khám lâm sàng ở bệnh nhân đau đầu cơ bản tập trung vào trạng thái tinh thần, khám mắt, dấu hiệu màng não, khám thần kinh, chủ yếu là các dây thần kinh sọ (Cranial nerves, CNVs) II, III, IV và VI, cũng như các vùng đặc hiệu tại não bộ.
- Đau đầu nguyên phát từ nhẹ tới vừa và không đặc hiệu được điều trị bằng giảm đau không steroid (NSAIDs). Đau đầu nhiều có thể được điều trị bằng đối vận dopamine không phải đường uống (metoclopramide hoặc prochlorperazine), các thuốc đặc hiệu với migraine (triptans), hoặc NSAIDs (Ketorolac). Các thuốc giảm đau opioid không được chỉ định để điều trị đau đầu nguyên phát.
- Đa số bệnh nhân đau đầu không cần chụp hình sọ não. Khi làm, chẩn đoán hình ảnh là chuyên biệt cho các yếu tố đặc hiệu khi cân nhắc các chẩn đoán phân biệt.
- Chẩn đoán phân biệt của đau đầu nặng bao gồm xuất huyết dưới nhện (SAH) hoặc các xuất huyết nội sọ khác (ICH), huyết khối tĩnh mạch sọ, và bóc tách động mạch sọ. (Bảng 16.1)
- Ở những bệnh nhân nghi ngờ SAH, tiếp cận từng bước theo Ottawa SAH, chụp cắt lớp vi tính sọ não, kèm chọc dịch não tủy và/hoặc chụp cắt lớp vi tính mạch máu sọ não.
- Nên dùng kháng sinh trước khi tiến hành chọc dịch não tủy nếu nghi ngờ viêm màng não.

KIẾN THỨC NỀN TẢNG

Thực trạng và tầm quan trọng

Đau đầu vẫn còn là một trong những nguyên nhân hàng đầu khi tới phòng cấp cứu (ED). Phần lớn bệnh nhân có than phiền về đau đầu trước đó không có nguyên nhân y khoa nghiêm trọng gây ra vấn đề trên. Phần lớn nguyên nhân đau đầu nguyên phát thường thấy là lành tính, như đau đầu tension và đau nửa đầu (migraine). Phần nhỏ đau đầu là gây ra bởi các nguyên nhân y khoa bên dưới hoặc các tình trạng ngoại khoa mà cần sớm chẩn đoán và điều trị. Tỷ lệ thấp các bệnh nghiêm trọng tạo ra hiệu ứng “một cây kim trong đồng rơm”, và đau đầu là một biểu hiện dễ bỏ sót gây sai sót ở phòng cấp cứu dù cho các chẩn đoán hình ảnh bị lạm dụng với các tình trạng đau đầu lành tính. Dù chỉ xuất hiện ở một phần nhỏ bệnh nhân biểu hiện đau đầu cấp tính khi tới phòng cấp cứu nhưng nguyên nhân quan trọng nhất, nguy hiểm tới tính mạng của đau đầu đột ngột dữ dội là SAH. Không may đây là chẩn đoán bị bỏ qua nhiều nhất khi thăm khám ban

đầu ở 25% bệnh nhân. Các nguyên nhân đáng kể có thể nguy hiểm tới tính mạng khác gây đau đầu ít khi xảy ra hơn. Như với SAH, các rối loạn nghiêm trọng khác (viêm màng não, ngộ độc CO, viêm động mạch thái dương, glaucoma góc đóng cấp tính, ICH, huyết khối tĩnh mạch não và tăng áp lực nội sọ do tổn thương chiếm chỗ hoặc tăng huyết áp nội sọ vô căn (IIH) có thể liên quan tới các yếu tố bệnh sử và các dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu gợi ý chẩn đoán

Bệnh sinh

Nhu mô não không nhạy cảm với cơn đau. Vùng nhạy cảm đau ở đầu bao gồm màng não, động và tĩnh mạch cấp máu cho não, và các mô khác nằm dọc theo các khoang của xương sọ. Khả năng mà bệnh nhân đau đầu đặc hiệu cho từng vùng là thấp. Nhiều cơn đau liên quan tới đau đầu đặc, thường đau đầu do mạch máu và màng não, thông qua dây sọ V. Một số cơn đau có thể có thể đi ngược lại vùng nhân và thông qua các nhánh dây thần kinh sọ tới các vùng không bị ảnh hưởng trực tiếp. Viêm tại các cấu trúc đặc hiệu (áp xe

BS Thanh Sơn

quanh chân răng, viêm xoang, hoặc đau theo dây thần kinh sinh ba) dễ khu trú hơn so với các dạng đau lan tỏa khác có thể gây ra bởi đau đầu tension hay đau do cơ kéo cơ. Đau đầu hay đau ở vùng cổ có thể dễ nhầm lẫn và do đó khi còn cân nhắc về đau đầu thì nên suy nghĩ theo hướng riêng biệt.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

Cân nhắc chẩn đoán phân biệt

Các chẩn đoán phân biệt của đau đầu khá phức tạp do có nhiều nguyên nhân nội sinh có thể gây bệnh và số lượng lớn các loại đau tại vùng đầu và cổ (Bảng 16.1). Trong quá trình đánh giá bệnh nhân than phiền về đau đầu, ưu tiên hàng đầu là loại trừ các nguyên nhân có tỷ lệ mắc và tử vong cao như: SAH, ICH, viêm màng não, viêm não, viêm động mạch thái dương, tiền sản giật, huyết khối xoang tĩnh mạch trung tâm, và tổn thương dạng khối. CO là một chất độc nội sinh, tác động của nó có thể phục hồi nhờ đưa bệnh nhân ra khỏi nguồn khí và thở oxy. Ngộ độc CO là một ví dụ hiếm gặp của đau đầu mà một can thiệp đơn giản có thể cải thiện nhanh chóng tình trạng nguy kịch; tuy nhiên việc đưa bệnh nhân trở lại môi

trường có chất độc mà không được chẩn đoán có thể gây nguy hiểm.

Các dấu hiệu chính

Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng có thể ít hoặc không đặc hiệu, thậm chí trong các trường hợp nặng, cho nên bệnh sử là đặc biệt quan trọng (Bảng 16.2)

1. Xác định kiểu đau và thời gian khởi phát. Bệnh nhân có thể nhớ về tần suất và các cơn đau tương tự với cơn đau đầu hiện tại; những sự thay đổi đáng kể về các dấu hiệu đau đầu có thể gợi ý cho một nguyên nhân mới hoặc nghiêm trọng. Một cơn đau khởi phát nhanh và nặng “sét đánh” liên quan tới nguyên nhân nguy hiểm. Đau đầu sét đánh đơn độc không thể chỉ dấu cho các nguyên nhân nghiêm trọng gây đau đầu như SAH nhưng được dùng kết hợp với các dấu hiệu hoặc triệu chứng khác. Nói chung, đau đầu khởi phát chậm không thể giúp loại trừ các nguyên nhân gây nguy hiểm tới tính mạng, và tính tự nhiên của khởi phát thường không thể khẳng định chắc chắn nếu đau đầu xuất hiện khi ngủ.

Hình 16.1. Các nguyên nhân cấp tính gây đau đầu và các yếu tố nguy cơ liên quan

1. Ngộ độc CO	6. Huyết khối xoang tĩnh mạch trung tâm
a. Hít thở trong không gian hẹp có nhiều bụi công nghiệp hoặc thông khí bằng thiết bị làm nóng	a. Giới nữ
b. Nhiều thành viên trong gia đình có cùng triệu chứng	b. Mang thai, đang điều trị hóc môn thay thế hoặc dùng thuốc tránh thai
c. Mùa đông và làm việc quanh các nhà máy hoặc thiết bị tạo ra khí CO	c. Tình trạng tăng đông
2. Viêm màng não, viêm não, áp xe	7. Hội chứng cơ thắt mạch não có hồi phục
a. Tiền sử nhiễm khuẩn xoang hoặc tai hay phẫu thuật, thủ thuật gần đây	a. Các cơn đau đầu đột ngột dữ dội, có hoặc không có dấu hiệu thần kinh hay động kinh
b. Suy giảm miễn dịch	b. Tái phát nhiều cơn trong vài tuần
c. Suy nhược cơ thể kèm giảm chức năng hệ miễn dịch	c. Dùng các thuốc tác động lên adrenergic hoặc serotonin
d. Sốt cấp tính	d. Sau sinh
e. Lớn tuổi	8. Xuất huyết nội sọ (ICH)
f. Biến động về môi trường sống (doanh trại quân đội, ký túc xá đại học)	a. Xuất huyết dưới nhện (SAH)
g. Không được tiêm chủng đầy đủ	i. Đau đột ngột và dữ dội “cơn đau khủng khiếp nhất đời”
3. Viêm động mạch thái dương	ii. Đau dữ dội cấp tính sau quan hệ tình dục hoặc gắng sức
	iii. Tiền sử SAH hoặc phình mạch não

BS Thanh Sơn

<p>a. Tuổi >50 b. Nữ nhiều hơn nam (4/1) c. Tiền sử mắc các bệnh mạch máu do collagen (lupus hệ thống) d. Viêm màng não trước đó e. Mắc các bệnh mãn tính như lao, nhiễm kí sinh trùng hoặc nấm</p> <p>4. Glucoma-góc đóng cấp tính</p> <p>a. Không liên quan tới bất kỳ đặc điểm đau đầu bình thường nào. b. Tiền sử Glucoma c. Tuổi >30 d. Tiền sử đau tăng trong môi trường tối</p> <p>5. Tăng áp lực nội sọ</p> <p>a. Tiền sử tăng áp huyết áp nội sọ lành tính b. Thấy trên shunt dịch não tủy (CSF) c. Tiền sử bất thường xương sọ hoặc não bộ bẩm sinh d. Giới nữ e. Béo phì</p>	<p>iv. Tiền sử bệnh thận đa nang v. Tiền sử gia đình mắc SAH vi. Tăng huyết áp nặng vii. Tổn thương mạch máu từ trước tại các vùng khác của cơ thể viii. Trẻ hoặc trung niên</p> <p>b. Xuất huyết dưới màng cứng</p> <p>i. Tiền sử dùng rượu và/hoặc chấn thương ii. Đang dùng chống đông</p> <p>c. Xuất huyết ngoài màng cứng</p> <p>i. Chấn thương ii. “Lucid mentation” kèm thay đổi trạng thái tâm thần cấp tính iii. Đồng tử kích thước không đều</p>
--	---

Bảng 16.1. Nguyên nhân đau đầu và biểu hiện tại các cơ quan dựa theo mức độ

Cơ quan	Nguy kịch	Cấp cứu	Không cấp cứu
CNS, thần kinh, mạch máu	SAH Bóc tách mạch cảnh Huyết khối xoang tĩnh mạch	Suy shunt Đau đầu traction Có khối u hoặc khối Máu tụ dưới màng cứng Hội chứng co thắt mạch não có hồi phục	Đau đầu migraine ở các mức độ Đau đầu do mạch máu ở các mức độ Đau thần kinh sinh ba Sau chấn thương Đau đầu sau chọc tủy sống
Nhiễm độc/nhiễm toan, do môi trường	Ngộ độc CO	“Say núi”	
Bệnh do collagen tại mạch máu	Viêm động mạch thái dương		
Mắt/Tai mũi họng		Glucoma	Viêm xoang Vấn đề nha khoa Bệnh khớp thái dương hàm
Cơ xương khớp			Đau đầu Tension Đau mỏi vai gáy
Dị ứng			Đau đầu từng cơn
Nhiễm khuẩn	Viêm màng não Viêm não	Áp xe não	Đau đầu do sốt
Hô hấp hoặc oxy		Đau đầu do thiếu oxy	
Tim mạch		Cơ tăng huyết áp	Tăng huyết áp
Không đặc hiệu		Tiền sản giật Tăng áp nội sọ vô căn	

BS Thanh Sơn

5. Đặc điểm của đau đầu (đau nhói, tức), dù đôi khi hữu ích, nhưng có thể không phù hợp để phân biệt các loại đau đầu khác nhau.

6. Nơi khởi phát cơn đau (và khi cơn đau tiến triển) có ích khi bệnh nhân có thể xác định một vùng cụ thể. Nó có giá trị nhất định khi thăm khám trực tiếp nhằm đánh giá các yếu tố bên ngoài có thể nhìn thấy, ví dụ như nhiễm khuẩn tiến triển hoặc chấn thương. Đau một bên thường gợi ý đau đầu migraine hoặc sự viêm khu trú tiến triển tại xương sọ (xoang) hoặc mô mềm. Đau đầu tension thường bắt đầu từ nền sọ và có thể lan rộng tới đỉnh đầu, dọc theo cân chẩm trán. Viêm động mạch thái dương, bệnh khớp thái dương hàm, nhiễm khuẩn nha, và viêm xoang thường có tính khu trú cao tại vùng khó chịu. Viêm màng não, viêm não, SAH, và thậm chí là đau đầu migraine nặng, dù cho cường độ thế nào thì vẫn thường có tính lan tỏa nhiều hơn.

7. Sự gia tăng hoặc giảm đi của các yếu tố nguy cơ có thể quan trọng. Bệnh nhân đau đầu cải thiện nhanh chóng khi được đưa ra khỏi môi trường hoặc tái phát mỗi khi họ tiếp xúc với một môi trường nhất định (làm việc dưới tầng hầm) có thể do ngộ độc CO. Hầu hết các nguyên nhân nghiêm trọng khác gây đau đầu không khôi phục nhanh chóng khi bệnh nhân tới phòng cấp cứu. Nhiễm khuẩn nội sọ, nhiễm khuẩn nha, và các nguyên nhân bên ngoài khác gây đau đầu có xu hướng không cải thiện hoặc mất đi trước khi được điều trị.

8. Các triệu chứng và yếu tố nguy cơ đi kèm có thể liên quan tới mức độ đau đầu nhưng hiếm khi chỉ ra một nguyên nhân cụ thể (Hình 16.1). Buồn nôn và nôn là các triệu chứng không đặc

hiệu thấy ở đau đầu nguyên phát và thứ phát, nhưng chúng hiếm khi thấy trong đau đầu tension đơn thuần. Đau đầu migraine, tăng áp lực nội sọ, viêm động mạch thái dương, glaucoma đều có thể biểu hiện buồn nôn và nôn dữ dội, vì có thể nhiễm virus hệ thống đi kèm với đau đầu. Các yếu tố nguy cơ có thể chỉ ra mức độ đau nhưng không đặc hiệu để thiết lập được chẩn đoán. Bệnh nhân suy giảm miễn dịch có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn không điển hình gây đau đầu, có thể biểu hiện giảm triệu chứng giả tạo. Viêm màng não do Toxoplasma, cryptococcal và áp xe rất hiếm gặp nhưng có thể thấy ở những bệnh nhân mắc HIV hoặc trong các tình trạng suy giảm miễn dịch khác. Nhóm bệnh nhân này có thể có một nhiễm khuẩn thần kinh trung ương nghiêm trọng mà không có dấu hiệu hay triệu chứng đặc hiệu của bệnh hệ thống (sốt và dấu màng não).

Các nhóm bệnh nhân đặc biệt khác được cân nhắc như phụ nữ mang thai và chu sinh. Ngoài các nguyên nhân thường thấy gây đau đầu thứ phát, thì nhóm này có thể đau đầu do tiền sản giật, có nhiều khả năng đau đầu do IIH vô căn và hội chứng mạch não có hồi phục. Ngoài ra, các nguyên nhân mạch máu nghiêm trọng gây đau đầu bao gồm huyết khối xoang tĩnh mạch, đột quỵ tuyến yên, phình tách mạch não, đột quỵ là các chú ý quan trọng. Điều trị triệu chứng và đánh giá nhằm chẩn đoán ở bệnh nhân thai kỳ thường được cân nhắc với nguy cơ gây ngộ độc thai nhi của thuốc, và tác động của tia xạ và chất cản quang lên thai nhi. Bệnh nhân đang dùng các thuốc chứa estrogen cũng tăng nguy cơ biến cố do huyết khối, ví dụ như huyết khối tĩnh mạch xoang hang, và điều này được cân nhắc trong quá trình đưa ra chẩn đoán phân biệt

Bảng 16.3 Dấu hiệu và triệu chứng có liên quan tới các nguyên nhân đau đầu khác nhau

Dấu hiệu	Triệu chứng	Các chẩn đoán có khả năng
Biểu hiện chung	Thay đổi trạng thái tinh thần	Viêm màng não, SAH, máu tụ dưới màng cứng, thiếu ngủ, tăng áp lực nội sọ, ngộ độc CO

BS Thanh Sơn

	Thay đổi trạng thái tinh thần kèm dấu hiệu khu trú Buồn nôn, nôn nhiều	Chảy máu trong nhu mô, thoát vị lều tiểu não, đột quy Tăng áp lực nội sọ, glaucoma góc đóng, SAH, ngộ độc CO
Dấu hiệu sinh tồn	Tăng huyết áp kèm nhịp tim bình thường hoặc chậm Mạch nhanh Sốt	Tăng áp lực nội sọ, SAH, thoát vị, chảy máu trong nhu mô, tiền sản giật, hội chứng co mạch sọ có hồi phục Giảm oxy máu, thiếu máu, đau đầu do sốt, đau đầu sau gắng sức hoặc quan hệ Đau đầu do sốt, viêm màng não, viêm não
Tai mũi họng, đầu, mặt	Đau động mạch thái dương Tăng áp lực nội sọ Không thấy nẩy tĩnh mạch khi soi đáy mắt hoặc phù gai thị Mắt đỏ cấp (ngứa lông mi nhiều) và đồng tử đáp ứng kém	Viêm động mạch thái dương Glaucoma góc đóng Tăng áp lực nội sọ, u, xuất huyết dưới màng trong, SAH, huyết khối xoang tĩnh mạch Glaucoma góc đóng
Thần kinh	Giãn đồng tử kèm đau thần kinh sinh ba Rối loạn vận động và cảm giác hai bên Rối loạn thăng bằng và điều hướng Rối loạn cơ vận động mắt (III, IV và VI)	Hiệu ứng đè đẩy (phình mạch, chảy máu, áp xe, hoặc u) Đột quy, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ ngoài màng cứng, đau đầu migraine, hội chứng co thắt mạch não có hồi phục, huyết khối xoang tĩnh mạch Bóc tách động mạch sọ, xuất huyết đại não cấp, viêm đại não cấp (chủ yếu ở trẻ em), ngộ độc các chất hóa học khác nhau U, liệt thần kinh (đau đầu sau chấn thương), tăng áp nội sọ vô căn

9. Tiền sử đau đầu trước đó, dù hữu ích tuy nhiên không loại trừ được các nguyên nhân nghiêm trọng tái phát. Một điều đáng lưu ý là mối liên quan giữa đau đầu migraine với đột quy, và đặc biệt là bóc tách mạch cảnh. Các xét nghiệm trước đó cho bệnh nguy hiểm có thể hữu ích để đưa ra đánh giá cho hiện tại. Các lần thăm khám trước ở phòng cấp cứu hoặc phòng khám ngoại trú, CT, MRI và các xét nghiệm khác có thể hỗ trợ, hoặc loại trừ một chẩn đoán cụ thể. Bệnh nhân đau đầu migraine, cluster và tension có xu hướng

biểu hiện các dấu hiệu gần như lặp lại. Kết hợp các triệu chứng hiện tại với các cơn trước đó có thể giúp đưa ra các xét nghiệm bổ sung cũng như chiến lược kiểm soát triệu chứng. Một cơn thái phát thường thấy có thể chỉ cần kiểm soát triệu chứng, trong khi một biểu hiện bất thường sẽ thúc đẩy một hướng chẩn đoán phân biệt và điều trị rộng hơn.

10. Ngoài ra, nguy cơ đau đầu thứ phát do dùng thuốc quá liều là một điểm lưu ý quan trọng ở bệnh nhân đang dùng thuốc đầu đầu nhiều hơn

BS Thanh Sơn

Bảng 16.2. Dấu hiệu và triệu chứng của các nguyên nhân đau đầu khác nhau		
Triệu chứng	Dấu hiệu	Nguyên nhân
Khởi phát đột ngột	“Sét đánh” kèm sự giảm ý thức, dấu hiệu thần kinh khu trú dương tính, dấu màng não hoặc đau không đỡ	SAH, phình mạch não, huyết khối xoang tĩnh mạch, glaucoma góc đóng cấp
Khởi phát đột ngột	Cơn sét đánh tái phát, có thể liên quan tới các triệu chứng giống đột quỵ	Hội chứng co thắt mạch não có hồi phục
Cơn đau nặng nhất trong đời	Có liên quan tới khởi phát đột ngột	SAH, bóc tách mạch não, huyết khối xoang tĩnh mạch
Bán ngất hoặc ngất	Có liên quan tới khởi phát đột ngột	SAH, bóc tách mạch não, huyết khối xoang tĩnh mạch
Tăng chuyển động hàm	Đau khi hàm chuyển động, cắn	Bệnh khớp thái dương hàm
Đau mặt	Chủ yếu đau ở đằng trước và ở vùng xoang hàm trên, sung huyết mũi	Chèn ép xoang hoặc nhiễm khuẩn nha
Đau ở vùng hàm, trước và/hoặc thái dương	Viêm động mạch thái dương	Viêm động mạch thái dương
Đau trước hoặc quanh mắt	Đau đột ngột khi khóc	Viêm động mạch thái dương hoặc glaucoma góc đóng cấp

Hầu hết tất cả các nghiên cứu về chảy máu dưới màng nhện đều báo cáo rằng bệnh nhân chuyển biến từ trạng thái không đau sang đau dữ dội trong vài giây tới vài phút. Đau đầu sét đánh thường xem là biểu hiện cấp tính của SAH nhưng nó không có tính đặc hiệu cao. Nếu bệnh nhân đau đầu từ vừa tới nặng có thể dự đoán chắc rằng anh/cô ấy đang ở thời điểm khởi phát đau đầu, tính đột ngột khi khởi phát cảnh báo cho SAH. Đặt câu hỏi cẩn thận về khởi phát đau đầu có thể đưa ra chẩn đoán SAH chính xác, thậm chí nếu cơn đau đã cải thiện tại thời điểm đánh giá.

2. Hoạt động của bệnh nhân ở thời điểm khởi phát cơn đau có thể hữu ích. Đau đầu tới khi gắng sức cần nhắc các biến cố mạch máu. Thêm nữa, dù cho hội chứng đau đầu sau quan hệ đã được biết rõ thì hoạt động tình dục cũng được xem là một hoạt động có liên quan tới SAH, cho nên dấu hiệu về tiền sử đau đầu sau quan hệ tình dục là một cần lưu ý, cũng như xem các cơn đau đầu tái phát có phù hợp với đặc điểm trên hay

không. Đau đầu sau quan hệ cần đánh giá ban đầu như bất kỳ cơn đau có liên quan tới gắng sức nào khác.

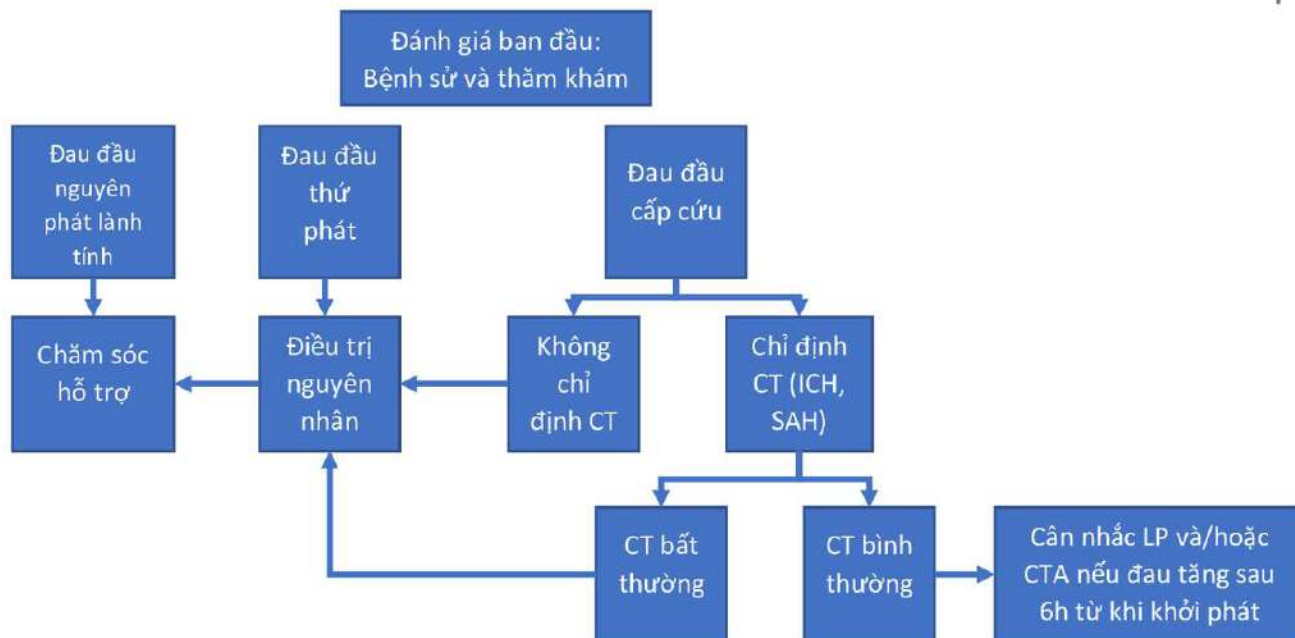
3. Nếu có tiền sử chấn thương sọ não, chẩn đoán phân biệt nghiêng sang hướng máu tụ ngoài và dưới màng cứng, SAH hoặc xuất huyết nhu mô, vỡ xương sọ và chấn thương sọ kín do chấn thương, ví dụ như chấn động và chấn thương sợi trục lan tỏa.

4. Mức độ đau đầu khó để đánh giá định lượng. Hầu hết tất cả bệnh nhân tới phòng cấp cứu cần nhắc nếu cơn đau trở nên nặng hơn. Sử dụng bảng thang đau kèm giải thích hợp lý có thể giúp phân loại bệnh nhân ban đầu nhưng có nhiều giá trị hơn trong quá trình theo dõi đáp ứng với điều trị. Dù cơn đau giảm nhanh tại phòng cấp cứu thì không nên dựa vào đó để loại trừ các nguyên nhân nghiêm trọng gây đau đầu.

BS Thanh Sơn

từ 10-15 lần/tháng, và cần được cân nhắc sau khi các tình trạng cấp tính đã bị loại trừ.

Bảng 16.4 Các dấu hiệu để chẩn đoán các nguyên nhân cấp tính gây đau đầu		
Chẩn đoán	Xét nghiệm	Dấu hiệu
Viêm động mạch thái dương	Tỷ số máu lắng (ESR) hoặc CRP	ESR > 50 mm/h Tăng CRP
Xuất huyết dưới nhện Tăng áp lực nội sọ	ECG	ST/T thay đổi không đặc hiệu
Giảm oxi máu	Công thức máu	Thiếu máu nặng
Tăng áp lực nội sọ Xuất huyết dưới nhện Xuất huyết dưới/ngoài màng cứng Xuất huyết trong nhu mô Tím bẩm sinh Đau đầu thứ phát do đè đẩy	Chụp cắt lớp vi tính (CT) sọ não	Não thất lớn Có máu ở khoang dưới nhện Có máu dưới hoặc ngoài màng cứng Máu chảy vào nhu mô não Vùng được tưới máu giảm Tổn thương xương hoặc u
Tăng áp lực nội sọ Khối u Mất shunt Viêm màng não do cryptococcal Tổn thương, nhiễm khuẩn do tổn thương cấu trúc hoặc u Xuất huyết dưới nhện Nhiễm khuẩn	Chọc dịch não tủy và đánh giá dịch não tủy	Tăng áp lực dịch não tủy Tăng protein Tăng hồng cầu Tăng bạch cầu, Gram dương, giảm glucose



Hình 16.1. Lược đồ chẩn đoán đau đầu. CT: Chụp cắt lớp vi tính, CTA: Chụp cắt lớp vi tính mạch máu, ICH: Xuất huyết nội sọ, SAH: Xuất huyết dưới nhện, LP: Chọc dịch não tủy.

BS Thanh Sơn

Các dấu hiệu

Dấu hiệu sinh tồn có thể bình thường khi đau đầu, dù khá khó chịu. Có những dấu hiệu có thể được chỉ ra khi thăm khám mà có thể được chú trọng. Ví dụ, các rối loạn cơ vận nhãn khu trú tổn thương ở thần kinh sọ III, IV và VI, hoặc phù gai thị khi khám dây II, có thể dự báo tăng áp lực nội sọ do u hoặc tăng áp lực nội sọ vô căn. Khi đau đầu có liên quan tới mắt đỏ cấp tính, việc cân nhắc glaucoma góc đóng cấp tính thức đẩy làm kiểm tra áp lực nội nhãn. Dấu hiệu kích thích màng não (cứng gáy, dấu Kernig, Bruedzinski, đau đầu tăng khi xoay đầu) làm cân nhắc SAH hoặc viêm màng não. Bất kỳ dấu thần kinh khu

trú nào, bất kể vị trí, chỉ ra cần đánh giá thêm. Không phải tất cả các dấu hiệu liên quan tới đau đầu đều góp phần vào chẩn đoán xác định cuối cùng, nhưng chúng có thể gợi ý nhiều cho các cân nhắc cụ thể hơn cho tqặng áp lực nội sọ nhiều. Có sốt thì nghi ngờ nguyên nhân nhiễm khuẩn nguyên phát. Buồn nôn và nôn thường liên quan tới migraine, nhưng chúng có thể liên quan tới u nội sọ, glaucoma góc đóng cấp, chảy máu nội sọ, ngộ độc CO. Thay đổi trạng thái tâm thần có thể dự báo nguyên nhân nghiêm trọng như đau đầu, bao gồm xuất huyết và nhiễm khuẩn. Ngoài ra các dấu hiệu thực thể liên quan tới các dạng đau đầu khác nhau được liệt kê ở bảng 16.3.

Bảng 16.5 Nguyên nhân và các chẩn đoán phân biệt của các bệnh lý nguy hiểm có biểu hiện đau đầu mà không do chấn thương

Nguyên nhân	Bệnh sử cơn đau	Các triệu chứng liên quan	Tiền sử ủng hộ	Tỷ lệ mắc
Ngộ độc CO	Thường từ từ, bán cấp, đau sâu, đau nhói không khu trú	Có thể tăng lên hoặc giảm đi khi bệnh nhân được đưa vào hoặc đưa ra khỏi vùng có nhiều CO	Tiếp xúc với khói bụi công nghiệp, thiết bị làm nóng cũ hoặc hỏng, thường vào mùa đông	Hiếm
Xuất huyết dưới nhện (SAH)	Khởi phát đột ngột, "sét đánh", đau sâu, dữ dội	Triệu chứng đa dạng, có thể biểu hiện từ không có triệu chứng cho tới thay đổi trạng thái tinh thần hoặc có tổn thương thần kinh khu trú	Bệnh thận đa nang, tiền sử Tăng huyết áp	Không thường gặp
Viêm màng não, não, áp xe	Từ từ, các triệu chứng toàn thân tăng, đau đầu tăng, đau không khu trú	Chủ yếu là giảm ý thức, tăng kích thích. Với áp xe, các dấu hiệu thần kinh khu trú có thể xuất hiện	Nhiễm khuẩn, phẫu thuật vùng hàm mặt hoặc tai mũi họng gần đây, suy giảm miễn dịch	Không thường gặp
Viêm động mạch thái dương	Cơn đau thường xuất hiện sau một vài giờ từ nhẹ tới nặng, hầu hết tại vùng thái dương	Giảm tầm nhìn, buồn nôn, nôn có thể nghiêm trọng và gây chẩn đoán nhầm	Trên 50 tuổi, các bệnh mạch máu bởi collagen hoặc viêm nhiễm khác	Không thường gặp
Glaucoma góc đóng cấp	Khởi phát đột ngột	Buồn nôn, nôn, giảm thị lực	Glaucoma, tiền sử đau tăng ở vùng thiếu ánh sáng	Hiếm
Hội chứng tăng áp lực nội sọ	Từ từ, đau sâu, không khu trú	Nôn, giảm ý thức	Tiền sử có shunt dịch não tủy hoặc bất	Không thường thấy

BS Thanh Sơn

			thường não hoặc sọ não bẩm sinh	
--	--	--	------------------------------------	--

Đánh giá thêm

Phần lớn bệnh nhân đau đầu không cần đánh giá thêm (Bảng 16.4). Các chẩn đoán hình ảnh phức tạp liên quan trực tiếp tới các bệnh cụ thể mà ta cần nhắc ở chẩn đoán phân biệt, và không phải quy trình mặc định khi đánh giá đau đầu thường quy. Ví dụ, CT sọ não không được chỉ định với đau đầu tension, hoặc migraine tái phát, và không có hiệu quả khi đánh giá huyết khối xoang tĩnh mạch hoặc đột quỵ tuần hoàn sau. Thay vào đó, sử dụng chụp CT tĩnh mạch (CTV) hoặc MRI tĩnh mạch trong huyết khối xoang hang, hoặc MRI cho rối loạn tuần hoàn sau, là phù hợp hơn.

Chụp CT có thể được tiến hành trong 6h từ khi khởi phát đau đầu được chứng minh là có độ nhạy đủ để loại trừ chẩn đoán SAH khi sử dụng CT thể hệ thứ ba. Ngoài thời gian này thì độ nhạy giảm và cần làm thêm các xét nghiệm để đánh giá SAH phù hợp. Tuy nhiên, có các nguyên nhân khác gây đau đầu dữ dội như SAH phải được cân nhắc ở các bệnh nhân nhất định. Nói chung, sử dụng chẩn đoán hình ảnh khôn ngoan và lựa chọn các xét nghiệm chuyên sâu sẽ trả lời được câu hỏi về cách tiếp cận tối ưu.

Chọc dò tủy sống để đo áp lực và phân tích dịch não tủy được chỉ định khi đánh giá nhiễm khuẩn, tăng áp lực nội sọ vô căn hoặc SAH. Trong đánh giá SAH ngoài 6h đầu, ưu tiên việc sử dụng CTA thay cho chọc dịch não tủy, nhưng không đủ bằng chứng ủng hộ cách chẩn đoán này trong việc khẳng định hoặc loại trừ SAH. Có nhiều ý kiến cho rằng chọc dịch não tủy có thể tăng nguy cơ thoát vị trong một số trường hợp nhất định có tăng áp lực nội sọ gây ra bởi u, dù các bằng chứng ủng hộ còn ít. Điều này xuất phát từ câu nói phổ biến rằng “CT trước khi chọc dịch não tủy” khi cân nhắc khối u hoặc áp xe. Trong thực tế, cân nhắc này thường được hướng dẫn sai, và lí do thuyết phục để chụp CT trước ở những bệnh

nhân như vậy là bởi CT có thể đã giúp chẩn đoán rồi và chọc dịch là không cần thiết.

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN

Yếu tố tiên quyết trong bệnh sử, tiền sử và thăm khám được dùng để làm hẹp chẩn đoán phân biệt và chọn cách tiếp cận chẩn đoán đúng. Hình 16.1 đưa ra lưu đồ chẩn đoán để đánh giá bệnh nhân đau đầu.

Khi nghi ngờ rối loạn đau đầu nguyên phát trên lâm sàng, hoặc khi nguyên nhân đau đầu chưa xác định nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng gợi ý một nguyên nhân bệnh nền có ý nghĩa (đau ít, khởi phát từ từ, không có dấu hiệu màng não, và soi đáy mắt bình thường, thăm khám thần kinh), tiến hành điều trị triệu chứng mà không cần đánh giá chẩn đoán thêm.

Khi một nguyên nhân cụ thể nào cần nhắc được xác định dựa trên bệnh sử hoặc thăm khám, kết hợp các xét nghiệm trực tiếp xác định hay loại trừ chẩn đoán. Các ví dụ như tính áp lực nội nhãn trong glaucoma cấp và chọc dịch não tủy trong viêm màng não.

Khi cân nhắc các chẩn đoán khả thi với SAH, việc sử dụng thang điểm Ottawa để loại trừ xuất huyết dưới nhện được khuyến cáo để giúp đánh giá. Việc loại trừ này được chứng minh là có độ nhạy cao và giảm độ đặc hiệu, cho phép giảm các xét nghiệm không cần thiết khi được sử dụng phù hợp. (Hình 16.2)

Trường hợp có những yếu tố bệnh sử gợi ý nhiều nhưng không được chẩn đoán xác định là thách thức lớn nhất trong việc lựa chọn điều trị phù hợp. Dấu hiệu và triệu chứng chỉ ra bệnh nhân tăng nguy cơ mắc các nguyên nhân nghiêm trọng gây đau đầu và do đó những người cần đánh giá tổng quát bao gồm: (1) khởi phát đau đầu đột ngột, (2) bệnh nhân mô tả là đau đầu nặng nhất,

BS Thanh Sơn

(3) thay đổi trạng thái tinh thần, (4) dấu màng não, (5) sốt không rõ nguyên nhân, (6) khám thấy tổn thương khu trú, (7) triệu chứng không cải thiện khi điều trị hợp lý hoặc nặng hơn dù đã điều trị, (8) khởi phát đau đầu khi gắng sức, (9) tiền sử suy giảm miễn dịch, hoặc (10) đang mang thai.

Đánh giá thêm về tình trạng bệnh nhân và đánh giá các dữ liệu bổ sung sẽ xác nhận chẩn đoán hoặc nghi ngờ chẩn đoán khác, bao gồm các tình trạng nghiêm trọng hơn (Bảng 16.5)

Bảng 16.2 Quy tắc Ottawa trong xuất huyết dưới nhện

Lựa chọn: Bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên, đau đầu không do chấn thương, đạt đỉnh đau sau 1h từ khi khởi phát

Loại trừ: Tổn thương thần kinh mới, tiền sử phình mạch, SAH, u nội sọ đã biết, đau đầu mạn tái phát

Nếu không có tiêu chuẩn nào, SAH có thể là lí do nếu có:

1. Trên 40 tuổi
2. Cứng gáy
3. Mất ý thức
4. Đau đầu khởi phát khi gắng sức
5. Đau đầu sét đánh (ngay lập tức đạt đỉnh đau)
6. Hạn chế quay cổ

ĐIỀU TRỊ THEO KINH NGHIỆM

Đau đầu, dù là một lí do vào viện thường gặp, là một triệu chứng không đặc hiệu. Thời gian và mức độ đánh giá ban đầu cũng như điều trị theo biểu hiện và trạng thái tinh thần của bệnh nhân. Hình 16.2 biểu hiện lưu đồ điều trị với các khuyến cáo để điều trị ngay lập tức trong khi hoàn thiện quá trình đánh giá chẩn đoán.

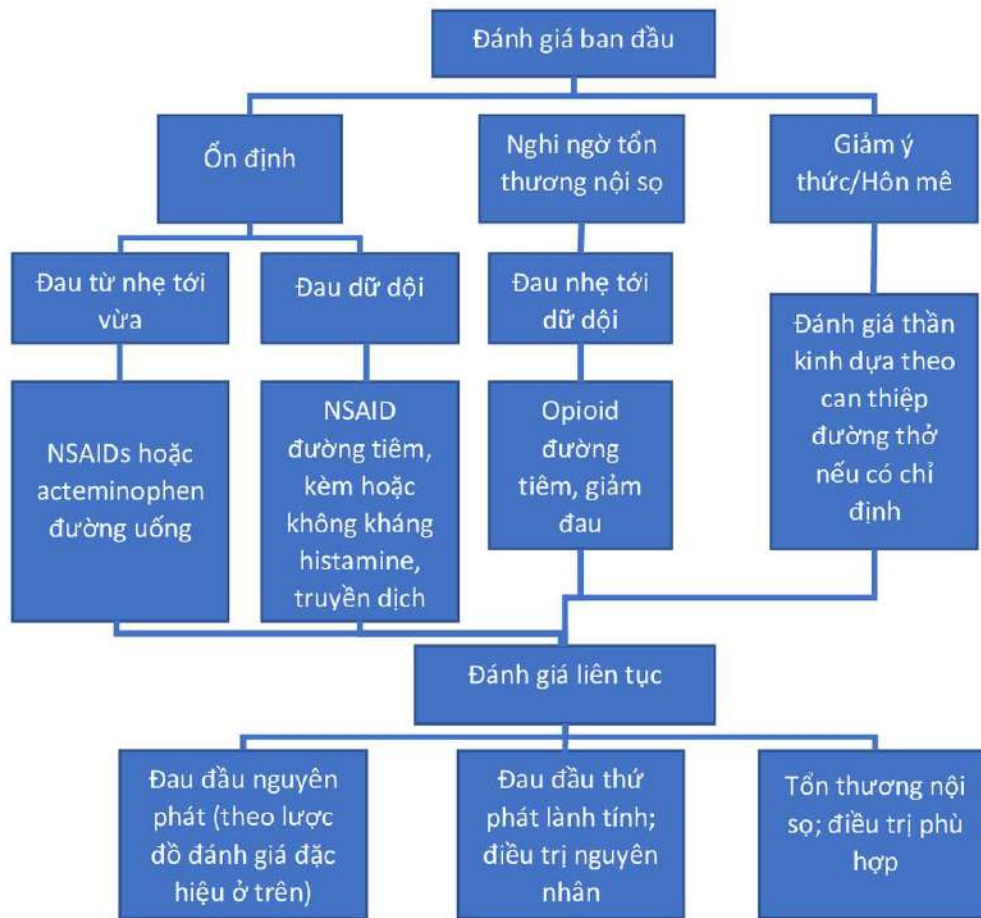
Cơn đau được điều trị nhanh nhất có thể. Thuốc giảm đau được lựa chọn phụ thuộc vào quá trình chẩn đoán đau đầu của bệnh nhân. Với đau đầu nguyên phát và không đặc hiệu từ nhẹ tới vừa, NSAIDs ở liều giảm đau là phù hợp (500mg naproxen). Đau đầu nguyên phát nặng hoặc không đáp ứng với NSAIDs có thể được điều trị bằng các thuốc không gây nghiện. Các lựa chọn được khuyến cáo bao gồm ba nhóm thuốc: chất đối vận dopamine chống nôn đường tĩnh mạch như metoclopramide (10 mg) hoặc prochlorperazine (10 mg), thuốc đặc hiệu với migraine tiêm dưới da, như Sumatriptan (6mg) và NSAID tiêm bắp hoặc tĩnh mạch như Ketorolac

(15mg). Opioids không được coi là điều trị đầu tay với bất kỳ dạng đau đầu nguyên phát hoặc không đặc hiệu nào. Đau đầu thứ phát, bao gồm các nguyên nhân như nhiễm khuẩn, xuất huyết, u nội sọ, có thể cần sử dụng opioid là điều trị ban đầu.

Không có chống chỉ định với điều trị ngay lập tức và phù hợp cho đau đầu khi đang đánh giá ban đầu. Ngoài ra, nếu viêm màng não do vi khuẩn được nghĩ tới là một nguyên nhân thì nên điều trị kháng sinh sớm nhất có thể, vì độ nhạy của điều trị này thay đổi theo thời gian. Bắt đầu điều trị viêm màng não là phù hợp trước khi tiến hành phân tích dịch não tủy.

Bệnh nhân có đau đầu do các nguyên nhân lành tính không cần nhập viện, nhưng nếu không có chẩn đoán cụ thể, nên được cảnh báo sớm quay trở lại khám và khuyến cáo theo dõi y tế. Một số bệnh nhân có thể hưởng lợi từ việc ghi lại cơn đau đầu để tạo điều kiện cho việc đánh giá kĩ thêm bệnh nhân ngoại trú.

BS Thanh Sơn



Hình 16.2. Lược đồ điều trị