

# **ĐAU ĐẦU THỨ PHÁT**

**PGS TS VŨ ANH NHI.2014**

# ĐAU ĐẦU

- Đau đầu là triệu chứng hơn là bệnh
- Đau đầu rất thường gặp trong các phòng khám, và một vấn đề khó đối với các thầy thuốc.
- Thuật ngữ “Đau đầu – Headache” bao hàm các loại đau ở đầu.
- Có bao nhiêu kiểu đau đầu ?
- Đau đầu : điều trị như thế nào ?

# CÁCH TIẾP CÂN TRƯỜNG HỢP ĐAU ĐẦU

- Các đặc điểm quan trọng của tiền sử đau đầu bao gồm:
  - Số lượng và kiểu đau đầu
  - Tuổi và hoàn cảnh khởi phát
  - Tiền sử gia đình về đau đầu
  - Đặc tính của cơn đau
  - Vị trí
  - Tính thường xuyên của cơn đau
  - Thời gian cơn đau
  - Mô tả cơn đau
  - Thời gian khởi phát cơn đau
  - Triệu chứng tiền triệu

# CÁC TIẾP CẬN ĐAU ĐẦU

- Các triệu chứng toàn thân kèm theo, ví dụ như: Buồn nôn, nôn ói, hoặc nhạy cảm với ánh sáng, tiếng động, hoặc đau tăng lên khi gắng sức, thay đổi tư thế, kéo căng, hoặc ho
- Các triệu chứng thần kinh bao gồm yếu tay hoặc chân, vấn đề về rối loạn vận động, vấn đề về phát ngôn, thay đổi nhận thức, động kinh, hoặc thay đổi ý thức.
  - Tiền sử của chấn thương đầu
  - Các yếu tố khởi phát đau đầu Môi trường
  - Tâm lý
  - Dinh dưỡng
  - Nội tiết tố
  - Tư thế: thay đổi đau đầu với vị trí cơ thể, cong người, đau tăng lên khi gắng sức, ho hoặc kéo căng ? triệu chứng khớp thái dương hàm, ví dụ như đau hàm, nghiến răng

# Khám thực thể

**Khám thực thể nên bao gồm:**

- **Dấu hiệu sinh tồn:**

- Sốt có thể gợi ý nhiễm trùng nội sọ
- Huyết áp nên được đo. bằng chứng của cao huyết áp ác tính.

- **Khám về đầu nên được khám cẩn thận:**

- Động mạch thái dương nổi lên đỏ và cứng,
- Hai mắt nên được khám cẩn thận. Nếu mắt đỏ và kết hợp với giảm thị lực nhanh, nên thực hiện đo nhãn áp để loại trừ Glaucoma góc đóng cấp tính.
- Sự xuất hiện sụp mi 1 bên có thể do tắt động mạch cảnh.
- Nên thăm khám các xoang và mũi để loại trừ đau đầu do viêm xoang.
- Nếu nghĩ đến đau thần kinh V, thì nên khám các điểm khởi phát đau trên mặt. Nếu tiền sử có gợi ý, thì tìm kiếm các dấu hiệu chấn thương đầu.

# Khám thực thể : CỔ VÀ THẦN KINH

Cổ nên được đánh giá có giảm biên độ vận động, co thắt cơ, và cơ cứng.

- Thật quan trọng khi biết rằng đau cổ được thấy trong khoảng 75% của đau đầu Migraine và có thể xảy ra trong giai đoạn trước hoặc sau khi đau đầu. Nếu bất thường khi thăm khám và có bằng chứng X Quang của bệnh đĩa đệm cột sống cổ, thì có thể được xem là đau đầu do nguyên nhân tại cổ.
- Thăm khám thần kinh cẩn thận bao gồm đánh giá mức độ thức tỉnh và nhận thức của bệnh nhân và đánh giá các thần kinh sọ, đánh giá chức năng cảm giác vận động, và các test phối hợp vận động bao gồm dáng bộ, Romberg test, tendem walk, ngón tay chỉ mũi, nghiệm pháp gối gót

# Chỉ định chụp hình ảnh thần kinh

- Bất thường không thể giải thích khi thăm khám thần kinh
- Đau đầu thường xuyên tăng nhanh
- Tiền sử có mất ý thức do đau đầu
- Chóng mặt dữ dội hoặc mất phối hợp động tác
- Tiền sử lạm dụng thuốc truyền tĩnh mạch, các yếu tố nguy cơ trong tĩnh mạch khác, hoặc phơi nhiễm với bệnh lao
- Tiền sử chấn thương đầu, hoặc té ở người già
- Đau đầu khởi phát sau 50 tuổi
- Đau đầu cố định, đau hơn trong tư thế nằm ngang
- Đau đầu khởi phát khi ho, hoạt động tình dục, hoặc tập thể dục
- Đau đầu kết hợp với sốt, thay đổi nhân cách, hoặc thay đổi tri giác thoáng qua
- Đau đầu sét đánh
- Đau thần kinh V ở người trẻ ( MRI loại trừ xơ cứng rải rác)

# KHÁI NIỆM

- Tiếp theo là đau đầu thứ phát hoặc đau đầu thực thể, vì thế cần chú ý đến đau đầu thứ phát, vì đau đầu thứ phát cần được chẩn đoán và can thiệp.
- Khoảng 10% các bệnh nhân than phiền đau đầu ở tại khoa cấp cứu là đau đầu thứ phát, và đến 1/3 các bệnh nhân đau đầu nặng xuất hiện đột ngột được chuyển đến phòng khám đa khoa có thể là do 1 tình trạng thần kinh khẩn cấp cần phải đánh giá và điều trị nhanh chóng.



# ĐẶC ĐIỂM ĐAU ĐẦU THỨ PHÁT

- 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 mãn 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:

- Nhiễm trùng, bao gồm viêm màng não, viêm xoang, viêm não, HIV, và bệnh Lyme
- Bất thường cấu trúc cơ bản, ví dụ như u não
- Thiếu máu não
- Xuất huyết não ( xuất huyết dưới nhện hoặc trong nhu mô não)
- Chấn thương đầu
- Thuyên tắc tĩnh mạch nội sọ
- Cao huyết áp ác tính
- Dị dạng động tĩnh mạch và phình mạch
- Bệnh trong nhãn cầu, ví dụ như glaucoma

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

- Rối loạn khớp thái dương hàm
  - Bệnh thuộc về răng
  - Bệnh đốt sống cổ
  - Bệnh khớp chẩm-đốt sống cổ, bao gồm dị dạng Arnold-Chiari type I
  - Các nguyên nhân do chuyển hoá hoặc độc chất, ví dụ như đau đầu gây ra bởi ngộ độc Carbon monoxide
  - Bất thường áp lực nội sọ, tăng hoặc giảm
  - Viêm mạch máu hoặc bệnh lý mô liên kết

Chẩn đoán đau đầu thứ phát dựa trên sự khai thác cẩn thận bệnh sử, khám thực thể, và thăm khám thần kinh. Các xét nghiệm thích hợp có lẽ bao gồm đánh giá máu và dịch não tủy và khảo sát Xquang

# CÁC THỂ LÂM SÀNG

## Đau đầu thứ phát

- Đau đầu thứ phát hoặc thực thể có thể được chia làm 3 loại được trình bày như sau:
  - Khởi phát cấp
  - Bán cấp nhanh nhưng không đột ngột; những đau đầu này có thể không liên tục hoặc kéo dài liên tục.
  - Đau đầu diễn tiến từ từ, tiến triển với kiểu mạn tính.

# Các nguyên nhân đau đầu với sự xuất hiện cấp tính khởi phát đột ngột bao gồm:

- Xuất huyết nội sọ.
- xuất huyết khoang dưới nhện.
- xuất huyết trong não.
- xuất huyết dưới màng cứng cấp tính hoặc xuất huyết ngoài màng cứng cấp tính.
- xuất huyết tuyến yên.
- glaucoma góc đóng cấp tính.
- cao huyết áp nặng cấp tính.
- tắt động mạch cảnh trong hoặc động mạch đốt sống.
- chấn thương đầu gây ra xuất huyết hoặc thuyên tắc tĩnh mạch xoang hang.
- đau đầu tự phát do áp lực dịch não tủy thấp.
- não úng thủy do tắc nghẽn cấp tính trong u não.

# Đau đầu khởi phát bán cấp có thể nhanh nhưng không đột ngột bao gồm:

- Viêm màng não.
- viêm não.
- viêm xoang.
- huyết khối tĩnh mạch sọ não.
- bệnh mạch máu não.
- thiếu máu.
- viêm mạch máu não.

# Các đau đầu thứ phát xảy ra từ từ ít cấp tính hơn:

- U não.
- Máu tụ dưới màng cứng mạn tính.
- Áp xe não.
- Viêm động mạch thái dương.
- Tăng áp lực nội sọ vô căn ( giả u não).
- Nhiễm trùng nội sọ ví dụ như bệnh Lyme, AIDS, hoặc các nhiễm trùng hệ thống khác,
- Và viêm xoang mạn tính.

# Xuất huyết khoang dưới nhện.

- Ở những bệnh nhân không có tiền sử đau đầu trước đây và xuất hiện cơn đau đầu lần đầu tiên và đau đầu nhiều nhất, bác sĩ nên xem xét chẩn đoán xuất huyết khoang dưới nhện.
- Xuất huyết khoang dưới nhện luôn luôn do vỡ các thành mạch đã có từ trước hoặc dị dạng động – tĩnh mạch.
- Rất hiếm khi nó xảy ra thứ phát sau một tình trạng tăng đông, và ít gặp hơn là từ u nội sọ hoặc viêm mạch máu.
- Mức độ đau đầu thì luôn luôn dữ dội và khởi phát đột ngột, và đau tối đa sau một vài giây tới 1 phút. Những loại đau đầu này thường được gọi là đau đầu sét đánh. Đau đầu thường kèm với nôn, buồn nôn, thay đổi khi giác, bao gồm ngất, huyết áp cao dữ dội và cổ gượng.



# Xuất huyết khoang dưới nhện.

- Triệu chứng thần kinh khu trú thì rất hiếm. Cổ gượng được thấy ở hầu hết các bệnh nhân với xuất huyết khoan dưới nhện.
- Các bệnh nhân cũng có thể than phiền về đau đầu cạnh góc của khởi phát đột ngột và nó ít dữ dội và nặng hơn đau đầu sét đánh.
- Những loại đau đầu này có thể có những dấu hiệu cảnh báo sự sắp chảy máu một cách thảm khốc và có thể xảy ra nhiều ngày cho đến nhiều tuần trước khi vỡ phình mạch.
- Chẩn đoán xác định của xuất huyết dưới nhện đạt được bởi thực hiện chụp CT sọ não không cản quang.
- Độ nhạy của CT Scan là khoảng 90% trong vòng 12 giờ đầu sau khi xuất huyết. Nếu nghi ngờ xuất huyết dưới nhện với chụp CT scan bình thường, thì nên tiến hành với chọc dò dịch não tủy để đánh giá xanthochromia.
- Một khi chẩn đoán được xác định bởi bác sĩ thì nên tiến hành với hội chẩn ngoại thần kinh.

# Xuất huyết trong não.

- Bệnh nhân có thể biểu hiện với đau đầu khởi phát đột ngột giống như đau trong xuất huyết dưới nhện; tuy nhiên chúng luôn luôn kết hợp với các triệu chứng thần kinh cấp tính và các dấu hiệu thần kinh khu trú bất thường trong thăm khám.
- Nó luôn luôn kết hợp với các bệnh nhân không được kiểm soát huyết áp.
- CT scan không cản quang luôn luôn chỉ ra bằng chứng của xuất huyết.
- Nếu âm tính chúng ta nên tiến hành chụp MRI để đánh giá tuyến yên để loại trừ xuất huyết tuyến yên.

# Tắc động mạch cảnh trong hoặc động mạch đốt sống

- Đau đầu gây ra bởi tắc động mạch cảnh trong hoặc động mạch đốt sống có thể từ từ hoặc đau đầu sét đánh.
- Nó thường xuyên cùng bên với bên tắc và có thể ở thùy trán hoặc thùy chẩm.
- Thường thì sẽ kéo dài 3-4 ngày giữa khởi phát của đau đầu và triệu chứng thần kinh trung ương.
- Các dấu hiệu thần kinh thường gặp nhất bao gồm hội chứng Horner (hẹp khe mí, co đồng tử, giảm tiết mồ hôi và đỏ bừng mặt cùng bên tổn thương).
- Triệu chứng cũng có thể là cơn thiếu máu não thoáng qua kết hợp với mù mắt thoáng qua và ù tai theo nhịp đập.
- Sự tắt nghẽn có thể xảy ra với bệnh nhân sử dụng thuốc ngừa thai bằng đường uống, thuyên tắc tĩnh mạch trung tâm, hoặc chấn thương đầu tối thiểu.
- Có nhiều ca báo cáo về tắc động mạch sau khi nắn khớp hoặc tư thế đầu bất thường. Xét nghiệm chẩn đoán được lựa chọn là chụp cộng hưởng từ mạch máu vùng cổ.

# Máu tụ dưới màng cứng cấp tính

- Máu tụ dưới màng cứng cấp tính luôn luôn xảy ra sau chấn thương đầu và thường được thấy ở bệnh nhân uống rượu do thường xuyên té ngã.
- Thường bệnh nhân biểu hiện với đau đầu kết hợp với lơ mơ, ngủ gà, và lo âu. Luôn luôn có các dấu hiệu thần kinh khu trú, và dấu hiệu thường gặp nhất là liệt nhẹ nửa người.
- Động kinh cục bộ cũng có thể xảy ra. Cách thông dụng hơn là tụ máu ngoài màng cứng gây ra bởi chấn thương đầu do rách động mạch màng não giữa bởi mặt trong của xương thái dương.
- Theo kinh điển, có một giai đoạn tỉnh táo và theo sau bởi nhức đầu, lo âu và giảm mức độ tri giác. Sự xấu đi của các dấu hiệu thần kinh sau một chấn thương đầu kín thì nên được đánh giá chẩn đoán ngay lập tức.
- Chụp CT Scan không cản quang thường được đề nghị cho chẩn đoán, và hội chẩn ngoại thần kinh nên được thực hiện một khi chẩn đoán đã được đặt ra.

# Cao huyết áp ác tính

- Huyết áp thường trong khoảng 180/120-130mmHg.
- Bệnh não cao huyết áp có thể biểu lộ đau đầu kết hợp với các dấu hiệu thần kinh khu trú, động kinh, lú lẫn và thay đổi mức độ tri giác. Hạ huyết áp bằng thuốc là cần thiết.
- Cao huyết áp nặng do u tế bào ưa sắc gây ra đau đầu thì rất hiếm, đây là một loại u lành tính của tủy thượng thận nơi tiết ra catecholamin mà u này gây ra cao huyết áp từng đợt hoặc liên tục kết hợp với đau đầu dữ dội.
- Triệu chứng thường kết hợp với đổ mồ hôi, đánh trống ngực, và hoặc là đỏ bừng hoặc là tái xanh.
- Chẩn đoán được thực hiện bởi định lượng catecholamin nước tiểu 24h, metanephrines, norepinephrines và VMA (vanillylmandelic acid).
- Chụp CT hoặc MRI có thể chẩn đoán được một khối vùng tủy thượng thận. Thường thì cao huyết áp và đau đầu được giải quyết sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u.

## **Giảm áp lực dịch não tủy.**

- Đau đầu đã được thấy trong giảm áp lực dịch não tủy với tư thế kinh điển xảy ra khoảng 15 phút sau khi từ tư thế nằm chuyển sang tư thế ngồi dậy và biến mất trong vòng 30 phút ở tư thế nằm nghiêng.
- Đau đầu luôn luôn hai bên trán và kết hợp với buồn nôn, nôn ói, chóng mặt và ù tai.
- Và nguyên nhân thường gặp nhất là sự rỉ dịch não tủy kéo dài sau chọc dò dịch não tủy.
- Chụp MRI với gadolinium thường cho thấy khe hở của buồng dịch não tủy và tăng khuếch tán qua màng não.
- Chẩn đoán được xác định bởi dấu hiệu của áp lực dịch não tủy thấp hơn 40mmHg.
- Chụp bể chứa dịch não tủy bằng đồng vị phóng xạ có thể được thực hiện để định vị chỗ rò.
- Điều trị có thể bao gồm thay thế dịch, nghỉ ngơi tại giường, vá bằng máu ngoài màng cứng, và truyền caffeine sodium.

# Não úng thủy tắc nghẽn

- Não úng thủy tắc nghẽn có thể gây đau đầu với thay đổi dáng bộ và thay đổi nhận thức.
- Đau đầu thường xuyên xấu đi bởi sự di động của cổ và gập người về trước.
- Hệ thống não thất giãn rộng trên CT Scan hoặc chụp cộng hưởng từ.
- Đau đầu cũng có thể được kết hợp với dị dạng Arnold Chiari typ I, là do sự nằm thấp của hạch nhân tiểu não gây ra tắc nghẽn dòng thoát của dịch não tủy, do đó làm tăng từng lực áp lực nội sọ.
- Triệu chứng kinh điển bao gồm là đau đầu tăng khi nằm thẳng, ho, hoặc gập người về phía trước.

# Glaucoma góc đóng cấp tính

- Bệnh nhân thường xuyên biểu hiện với sự khởi phát đột ngột của đau mắt và nhìn mờ kết hợp với phần hào quang xung quanh ánh sáng, đồng tử thường cố định ở kích thước trung gian.
- Glaucoma góc đóng cấp tính có thể khởi phát bởi sử dụng thuốc anticholinergic. Đo nhãn áp thường xuyên cho thấy áp xuất trong mắt lớn hơn 40-80mmHg.
- Cần mời hội chẩn nhãn khoa khi Glaucoma được chẩn đoán.



# Đau đầu với biểu hiện bán cấp

## Viêm màng não.

- Viêm màng não do vi trùng có thể biểu hiện với đau đầu khu trú hoặc lan tỏa đi kèm với các dấu hiệu kinh điển như: cổ gượng, sốt, và thay đổi tri giác.
- Chẩn đoán nhanh là quyết định và được dựa vào đánh giá dịch não tủy bởi chọc dò thắt lưng.
- Trong một nguyên cứu đánh giá độ chính xác của đánh giá lâm sàng trong viêm màng não bởi dấu Kernig, dấu Brudzinski đau tăng lên.
- Cổ gượng thì độ nhạy chỉ có 30%. Do đó chọc dò dịch não tủy nên được thực hiện ở bất kì bệnh nhân nào mà biểu hiện với đau đầu mới khởi phát có kết hợp với sốt. Nếu có trì hoãn.
- CT Scan nên được thực hiện để loại trừ tăng áp lực nội sọ trước khi chọc dò. Chỉ định sớm kháng sinh là cứu sống tính mạng.

# Viêm xoang cấp

- Viêm xoang cấp có thể biểu hiện với đau đầu khởi phát bán cấp.
- Những bệnh nhân này thường xuyên có chảy mủ từ mũi, đau khu trú trên vùng liên quan đến xoang và sốt nhẹ.
- Thường chẩn đoán được dựa trên lâm sàng tuy nhiên, các test chẩn đoán được chọn lựa là chụp CT Scan mặt phẳng trán của các xoang.
- Những bệnh nhân biểu hiện với triệu chứng xoang ví dụ như chảy nước mũi, chảy nước mắt và xung huyết mũi, thì thường là đau đầu Migrain không phải là viêm xoang.

# Huyết khối tĩnh mạch nội sọ

- Huyết khối tĩnh mạch nội sọ nên được xem xét ở bệnh nhân có động kinh, thiếu sót thần kinh khu trú, và đau đầu.
- Nó thường gặp hơn ở các bệnh nhân có tình trạng tăng đông, chấn thương, hoặc các rối loạn thấp khớp.
- Các xoang thường gặp nhất là xoang dọc trên và xoang giữa.  
Cộng hưởng từ tĩnh mạch là một xét nghiệm chẩn đoán được lựa chọn.
- Một khi đã chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch ở sọ, thì điều trị bao gồm nhanh chóng sử dụng kháng đông.

# Thiếu máu não cấp

- Đau đầu có thể là một triệu chứng của một tai biến mạch máu não.
- Thường thì đau đầu là một than phiền nhỏ khi nguyên nhân là huyết khối hay huyết tắc nội sọ.
- Các dấu hiệu và triệu chứng thần kinh khu trú giúp cho chẩn đoán.
- CT scan không cần quang cấp tính và theo sau đó là MRI ít nhất 4h sau là một công cụ hữu ích để chẩn đoán tai biến mạch máu não.
- Có lẽ đau đầu nhẹ kết hợp với cơn thiếu máu não thoáng qua thì nó thường biểu hiện với các triệu chứng thần kinh kéo dài ít hơn 1 giờ.

# Viêm mạch máu não

- Bệnh nhân với viêm mạch máu não thường có các bệnh hệ thống, như bệnh Lupus đỏ hệ thống.
- Các bệnh nhân thường có bằng chứng của sốt và bệnh hệ thống. Chụp cộng hưởng từ thường chỉ ra nhiều bất thường vùng chất trắng.
- Hội chẩn thấp khớp nên được thực hiện một khi đã có chẩn đoán.

# Đau đầu biểu hiện với mô hình mãn tính âm ỉ. U não

- Đau đầu thường được đi trước bởi các triệu chứng thần kinh, ví dụ như động kinh, liệt nhẹ nửa người, thất điều, và tổn thương nhận thức và lời nói.
- Đau đầu có thể không liên tục hoặc hằng định.
- Theo kinh điển đau đầu có thể làm thức giấc hoặc xuất hiện khi bệnh nhân thức.
- Nó cũng có thể kết hợp với tư thế của cơ thể ví dụ như thẳng người hoặc uốn cong người về phía trước.
- Không có mối tương quan giữa kích thước khối u và cường độ đau đầu.
- Các triệu chứng tiến triển của đau đầu thì thường liên quan đến phù não.
- Chụp cộng hưởng từ não là một xét nghiệm được lựa chọn để chẩn đoán. Nếu nghĩ đến di căn thì nên chụp cộng hưởng từ với gadolinium.

# Máu tụ dưới màng cứng mạn tính

- Xuất huyết dưới màng cứng mạn tính thường biểu hiện một vài tuần đến một vài tháng sau chấn thương và kết hợp với các triệu chứng như đau đầu, thờ ơ, lơ mơ, và hành vi không thích hợp.
- Thường thì đau đầu nhiều hơn khi xoay đầu một cách đột ngột. Bệnh nhân lớn tuổi biểu hiện với rối loạn tâm thần mà không đau đầu.
- Bệnh nhân thường không có tiền sử gây chấn thương.
- Da đầu vùng sọ bên trên của khối máu tụ thì có lẽ mềm.
- Bệnh nhân biểu hiện với rối loạn tâm thần và đau đầu nên được đánh giá tụ máu dưới màng cứng mạn tính bởi thực hiện chụp cộng hưởng từ sọ não.

# Áp xe não

- Áp xe não luôn luôn biểu hiện triệu chứng liên quan đến phù não gây ra tăng áp lực nội sọ.
- Triệu chứng sớm bao gồm đau đầu kết hợp với động kinh, buồn nôn, nôn ói và sốt.
- MRI có cản từ là phương pháp chẩn đoán được lựa chọn
- Khám ngoại khoa thần kinh.



# Dị dạng động tĩnh mạch và phình mạch não

- Phình mạch não thường xuất hiện khi sinh, nhưng triệu chứng không biểu hiện cho đến khi lớn tuổi chảy máu từ dị dạng động tĩnh mạch và phình mạch não thường biểu hiện xuất huyết khoang dưới nhện cấp tính.
- Dị dạng động tĩnh mạch luôn luôn biểu hiện như là cơn động kinh mới khởi phát và các thiếu sót thần kinh khu trú khác.
- Nếu bệnh nhân than phiền về đau đầu khi gắng sức hoặc đau đầu kết hợp với hoạt động tình dục, thì nên chụp MRI để loại trừ AVM.
- Nếu phình mạch hoặc dị dạng động tĩnh mạch được phát hiện, nên tiến hành chụp động mạch não đồ và mời hội chẩn khoa ngoại thần kinh.

# Viêm động mạch thái dương



- Viêm động mạch thái dương được xem xét ở những bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi có cơn đau đầu mới xuất hiện.
- Những triệu chứng đồng thời khác bao gồm triệu chứng về thị giác, mệt mỏi, hay triệu chứng đau cơ dạng thấp bao gồm đau hông và đau vai.
- Bệnh nhân có thể giảm cân, sốt hay đổ mồ hôi

# Tăng áp lực nội sọ vô căn ( giả u não )

- Tăng áp lực nội sọ thứ phát được kết hợp với giảm thị lực và phù gai thị là do áp lực nội sọ.
- Đau đầu thông thường ở vùng trước trán nhưng có thể một bên hay hai bên.
- Tình trạng này xấu đi khi cúi xuống hoặc thẳng người. Nó có thể làm tiến triển tình trạng mất thị lực.
- Thường gặp ở phụ nữ béo phì đang trong độ tuổi cho con bú. Độ tuổi khởi phát trung bình là 30 tuổi.
- CTscan và MRI ~~Tăng áp lực nội sọ vô căn ( giả u não )~~ choáng chỗ nội sọ. Thông thường thì có khiếm khuyết thị trường. Nên nhờ đến một bác sĩ chuyên khoa mắt để xác định phù gai và kiểm tra thị trường.
- Chẩn đoán được xác định bằng chọc đốt sống thắt lưng biểu hiện sự tăng lên của áp lực dịch não tủy.
- Điều trị bao gồm chọc dò dịch não tủy làm giảm áp lực nội sọ, giảm cân, và trị liệu bằng thuốc bao gồm acetazolamide, thuốc lợi tiểu hay steroid. Trong những trường hợp đề kháng, dẫn lưu não thất cũng hiệu quả.

# Đau đầu do nguyên nhân ở cổ

- Đau đầu dạng này thường được đặc trưng bởi cơn đau liên tục, một bên được tỏa ra vùng chẩm và lan tới vùng trán cùng với đau cổ.
- Cơn đau có thể trầm trọng thêm bởi những cử động cổ.
- Đau đầu do cổ thường là do chấn thương cổ.
- Chẩn đoán dây thần kinh bị chèn ép có thể giúp xác định các đĩa đệm ở cột sống cổ nào có liên quan.
- Đau đầu do nguyên nhân ở cổ nên điều trị tốt nhất bằng tập vật lý trị liệu, dùng NSAIDs và liệu pháp phong bế thần kinh.