

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU CĂNG CƠ

Vũ Anh Nhị¹

GIỚI THIỆU

Thuật ngữ “đau đầu căng cơ” trước đây được dùng với định nghĩa là: “cảm giác đau hoặc cảm giác bó chặt, đè nén, co thắt, với cường độ, tần suất và thời gian rất thay đổi, diễn tiến lâu dài, chủ yếu xảy ra ở vùng chẩm, có liên quan đến sự co cơ vân kéo dài, và thường là một phần phản ứng của cơ thể với các stress trong cuộc sống”. Định nghĩa này cho đến nay nhiều tác giả cho là mơ hồ và không rõ ràng, bởi nó không chỉ chứa các đặc điểm lâm sàng, yếu tố kích khởi, mà còn đề xuất cơ chế bệnh sinh (do co cơ vân) và gán ghép căn nguyên cho tâm lý, thể hiện một quan điểm có tính định kiến, chưa được chứng minh. Năm 1988, Hiệp Hội Đau Đầu Quốc Tế (IHS) đã chỉnh sửa lại hệ thống phân loại đau đầu và sử dụng thuật ngữ “đau đầu dạng căng” (TTH – tension-type headache) để chỉ những loại đau đầu trước đây gọi là “đau đầu căng cơ” (tension headache), “đau đầu do co cơ” (muscle contraction headache) hay “đau đầu do căn nguyên tâm lý” (psychogenic headache). Trong nhiều năm ở Việt Nam sử dụng “đau đầu căng cơ” khi phiên âm từ mới “TTH – tension-type headache” chúng tôi chưa tìm thấy danh từ nào cho thích hợp nên trong bài viết chúng tôi dùng “**đau đầu căng cơ**” và nó bao hàm với nội dung trên. Với phân loại này, dạng đau đầu này được IHS định nghĩa chính xác hơn và phân biệt thành hai loại: đau đầu dạng căng cơ cơ từng cơn và đau đầu dạng căng cơ cơ mạn tính. Trong bảng phân loại này, IHS dùng thuật ngữ “đau đầu dạng căng cơ mạn tính” thay cho “đau đầu mạn tính hằng ngày” (CHD - chronic daily headache) là thuật ngữ dùng trước kia. IHS nhận thấy đau đầu mạn tính hằng ngày (CHD) và đau đầu dạng căng cơ mạn tính (chronic TTH) không giống nhau. Đau đầu mạn tính hằng ngày là 1 thuật ngữ không chuyên biệt, dùng để chỉ một nhóm rộng các rối loạn đau đầu xảy ra thường xuyên (ít nhất 15 ngày mỗi tháng) và kéo dài trung bình từ 4 giờ trở lên. Đau đầu mạn tính hằng ngày bao gồm bốn loại: đau đầu dạng căng cơ mạn tính (chronic TTH), migraine mạn tính (CM), đau đầu hằng ngày kéo dài mới xảy ra (new daily persistent headache - NDPH) và đau nửa đầu liên tục (hemicrania continua - HC) và bao gồm cả các dạng đau đầu do lạm dụng thuốc. CM, NDPH và HC hiện cũng được đưa vào bảng phân loại của IHS.

Đau đầu dạng căng cơ mạn tính và từng đợt hiện được phân chia tiếp dựa trên triệu chứng nhạy ấn đau quanh sọ thành đau đầu có hay không liên quan với rối loạn cơ

¹ PGS TS, Bộ môn TK ĐHYD TPHCM

quanh sọ. Đau đầu dạng căng cơ không còn được giả định do cơ cơ mạn tính gây ra nữa, tuy nhiên nó có thể kết hợp với triệu chứng ấn đau quanh sọ.

DỊCH TỄ HỌC

Đau đầu dạng căng cơ có tần suất cơn và độ nặng rất khác nhau, có thể thay đổi từ những cơn đau đầu ngắn và rất thưa thớt đến những cơn đau dữ dội, dày và liên tục. Ở Đan Mạch, 59% dân số bị đau đầu dạng căng cơ trong 1 hoặc ít hơn 1 ngày mỗi tháng, và 3% bị đau đầu dạng căng cơ trên 15 ngày mỗi tháng. Tại Hoa Kỳ, có 0.5% dân số bị đau đầu nghiêm trọng mỗi ngày. Tỷ lệ lưu hành trong một năm của đau đầu dạng căng cơ (có nhiều hơn một lần trong một tháng) là 20 – 30%. Đau đầu dạng căng cơ phổ biến ở nữ hơn ở nam, nhưng tỷ lệ lưu hành giảm dần theo tuổi ở cả hai giới. Tỷ lệ lưu hành không bị ảnh hưởng đáng kể bởi nền tảng kinh tế-xã hội. Tỷ lệ bệnh nhân đau đầu có đi bác sĩ tham vấn không cao, ở Đan Mạch, số này chỉ chiếm 16%.

CƠ CHẾ BỆNH SINH

Trước kia, người ta cho rằng đau đầu dạng căng cơ là do cơ kéo dài các cơ quanh sọ, có thể là hậu quả của tình trạng xúc động hoặc căng thẳng hoặc do phản ứng với chính cơn đau đầu. Quan điểm này dẫn đến tên gọi trước đây của dạng bệnh này là “đau đầu do cơ cơ” (muscle contraction headache). Người ta đã giả định rằng sự co cứng cơ sẽ gây ra thiếu máu cục bộ ở mô và dẫn đến đau đầu “mạch máu”. Tuy nhiên, giả thuyết này là không có cơ sở, vì hiện nay chúng ta biết rằng không có mối tương quan nào giữa đau đầu với hiện tượng co cơ và độ nhạy ấn đau; và thực tế các bệnh nhân migraine cũng có hiện tượng co cơ tương tự hoặc có thể nhiều hơn so với bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ. Liệu pháp phản hồi sinh học dùng điện cơ để thư giãn cơ được ghi nhận có hiệu quả cả trong đau đầu dạng căng cơ cũng như trong migraine. Thêm vào đó, không có bằng chứng nào cho thấy có thiếu máu nuôi cơ ở bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ. Lưu lượng máu cơ thái dương ở người đau đầu dạng căng cơ vẫn bình thường cả trong khảo sát lúc nghỉ ngơi và khi nghiêng răng, trong khi thuốc giãn mạch amyl nitrite lại làm nặng thêm đau đầu dạng căng cơ.

Nitric oxide có thể có vai trò trong cơ chế sinh lý bệnh của đau đầu dạng căng cơ: chất ức chế men nitric oxide synthase làm giảm đau đầu và giảm độ cứng cơ, trong khi chất tạo nitric oxide là glyceryl trinitrate gây đau đầu nhiều hơn ở bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ mạn tính so với nhóm chứng khỏe mạnh.

Đau đầu dạng căng cơ có thể là biểu hiện lâm sàng của sự nhạy cảm thần kinh bất thường và sự thuận đau chứ không phải biểu hiện của cơ cơ bất thường, bởi vì trong dạng đau đầu này, có các hiện tượng:

- Độ nhạy cảm đau tăng
- Độ nhạy ấn đau tăng ở một số cơ quanh sọ

- Hoạt động điện cơ tăng ở một số cơ quanh sọ, trong một số tình huống xảy ra độc lập với cơn đau đầu.
- Sự nhạy ấn đau và tăng hoạt động điện cơ thay đổi độc lập với nhau.

ĐẶC TÍNH DI TRUYỀN

Tỉ lệ lưu hành của đau đầu dạng căng cơ từng cơn cao trong dân số dẫn đến tiền căn gia đình dương tính một cách ngẫu nhiên ở 99% bệnh nhân có bốn người thân bậc một. Vì vậy, có tiền căn gia đình không đồng nghĩa với có rối loạn di truyền.

Russell và cộng sự nghiên cứu đau đầu dạng căng cơ mạn tính ở 122 bệnh nhân và 377 người thân bậc một của họ. Nếu dựa vào lời kể của bệnh nhân thì độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán và tỉ lệ chẩn đoán phù hợp sau khi điều chỉnh tính ngẫu nhiên của chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ mạn tính ở thân nhân theo thứ tự là 68%, 86%, 53% (tiên đoán dương), 92% (tiên đoán âm), và 48%. Độ nhạy thấp của chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ mạn tính ở thân nhân khi dựa vào lời kể của bệnh nhân cho thấy cần thiết phải phỏng vấn lâm sàng trực tiếp các thành viên trong gia đình. Cha mẹ, anh chị em ruột và con cái của bệnh nhân nếu được khám lâm sàng trực tiếp sẽ bộc lộ nguy cơ đau đầu dạng căng cơ mạn tính gấp 2,1 – 3,9 lần so với dân số chung. Giới tính của người bệnh không ảnh hưởng tới nguy cơ đau đầu dạng căng cơ mạn tính ở người thân bậc một. Sự gia tăng đáng kể nguy cơ mang tính gia đình trong khi không tăng ở vợ hoặc chồng gợi ý rằng yếu tố di truyền có vai trò trong đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Có thể tính di truyền này không đồng nhất.

Nghiên cứu trên các cặp sinh đôi (5360 đối tượng ở Đan Mạch) cho thấy 62% những cặp có hội âm cùng có đau đầu dạng căng cơ từng cơn, trong khi 2% có đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Tỉ lệ cùng mắc bệnh trong mỗi cặp trong sinh đôi cùng trứng hơi cao hơn sinh đôi khác trứng (76% so với 70%).

ĐỊNH NGHĨA VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC LOẠI ĐAU ĐẦU DẠNG CĂNG CƠ

Đau đầu dạng căng cơ từng cơn

Đau đầu dạng căng cơ từng cơn hiện được chia thành hai dạng:

- Không thường xuyên (<1 ngày/tháng hoặc <12 ngày/năm)
- Thường xuyên (>1 nhưng <15 ngày/tháng hoặc >12 nhưng <180 ngày/năm).

Định nghĩa cơn đau đầu là các đợt đau đầu lặp lại thoả tiêu chuẩn chẩn đoán của IHS nêu trong bảng 1 và 2.

Cơn đau thường không có tiền chứng hoặc tiền triệu. Tính chất đau thường là kiểu nhức ê ẩm, cảm giác bóp siết, đè ép thắt chặt, không giật kiểu mạch đập, mức độ từ nhẹ tới trung bình, trái với kiểu đau từ trung bình tới nặng của migraine. Cường độ đau tăng theo tần suất cơn đau.

Hầu hết bệnh nhân đau hai bên, nhưng vị trí đau rất thay đổi ở mỗi bệnh nhân và giữa các bệnh nhân khác nhau, có thể đau ở vùng trán, thái dương, chẩm, đỉnh, từng vùng hoặc phối hợp và có thể thay đổi vị trí trong cùng một cơn đau. Vùng chẩm ít gặp hơn so với vùng trán và thái dương. Một số bệnh nhân có thêm cảm giác khó chịu ở cổ và hàm, hoặc chỉ đơn thuần có triệu chứng ở khớp thái dương hàm. Tiếng kêu trong khớp thái dương hàm hoặc đau khi mở hàm hết cỡ và khi sờ ấn khớp là các dấu hiệu nhạy cảm của rối loạn chức năng hàm dưới.

Ở 10-20% bệnh nhân, đau xảy ra ở nửa đầu. Với những bệnh nhân này, người ta không xác định được liệu họ bị đau đầu mạn tính hằng ngày (CDH) thứ phát do chuyển dạng từ migraine hoặc bị đau nửa đầu liên tục, hoặc họ là người bệnh migraine có kèm đau đầu dạng căng cơ từng cơn, hay chỉ bị đau đầu dạng căng cơ từng cơn đơn thuần.

Triệu chứng nhạy ấn đau ở da đầu thường gặp và trầm trọng ở bệnh nhân migraine hoặc đau đầu dạng căng cơ hơn so với người bình thường. Triệu chứng này nặng nhất ở vị trí bị đau đầu và có thể kéo dài nhiều ngày sau khi cơn đau đã hết. Đau đầu dạng căng cơ thường không cản trở các hoạt động hằng ngày và các hoạt động thể chất thường cũng không ảnh hưởng đến cường độ cơn đau.

Bảng 1: Đau đầu dạng căng cơ từng cơn không thường xuyên (Tiêu chuẩn chẩn đoán của IHS)*

2.1 Đau đầu dạng căng cơ từng cơn không thường xuyên

- A. Ít nhất 10 cơn đau đầu đáp ứng tiêu chuẩn B-E liệt kê dưới đây. Đau ít hơn 1 ngày/tháng (ít hơn 12 ngày/năm)
- B. Đau đầu kéo dài 30 phút đến 7 ngày
- C. Có ít nhất 2 trong các đặc điểm sau:
 - 1. Ép chặt/siết chặt (không theo mạch đập)
 - 2. Cường độ từ nhẹ đến vừa phải (có thể cản trở nhưng không làm mất khả năng hoạt động bình thường)
 - 3. Đau hai bên
 - 4. Không tăng cường độ đau khi lên cầu thang hay hoạt động thể chất hàng ngày
- D. Có cả hai triệu chứng sau:
 - 1. Không buồn nôn hay nôn ói (có thể biếng ăn)
 - 2. Không sợ ánh sáng và không sợ âm thanh hoặc chỉ có một trong hai triệu chứng trên
- E. Không do một rối loạn khác

2.1.1 Đau đầu dạng căng cơ từng cơn có nhạy ấn đau quanh sọ

- A. Đáp ứng tiêu chuẩn 2.1
- B. Tăng nhạy cảm đau khi khám ấn quanh sọ.

2.1.2 Đau đầu dạng căng cơ từng cơn không có nhạy ấn đau quanh sọ

- A. Đáp ứng tiêu chuẩn 2.1
- B. Không có tăng nhạy ấn đau các cơ quanh sọ

** Theo Ủy ban phân loại đau đầu của IHS, 2004*

Bảng 2. Đau đầu dạng căng cơ từng cơn thường xuyên (tiêu chuẩn chẩn đoán của IHS)*

2.2 TTH từng cơn thường xuyên

- A. Ít nhất 10 cơn đau đầu đáp ứng tiêu chuẩn B-E liệt kê dưới đây. Số ngày đau đầu từ 1 -15 ngày một tháng trong vòng ít nhất 3 tháng (12-180 ngày/năm)
- B. Đau đầu kéo dài 30 phút đến 7 ngày
- C. Đau có ít nhất 2 trong các đặc điểm sau:
 - 1. Ép chặt/siết chặt (không theo mạch đập)
 - 2. Cường độ từ nhẹ đến vừa phải (có thể cản trở nhưng không mất khả năng hoạt động bình thường)
 - 3. Đau hai bên
 - 4. Không tăng cường độ đau khi lên cầu thang hay hoạt động thể chất hàng ngày
- D. Có cả hai triệu chứng sau:
 - 1. Không buồn nôn hay nôn ói (có thể biếng ăn)
 - 2. Không sợ ánh sáng và không sợ âm thanh hoặc chỉ có một trong hai triệu chứng trên
- E. Không do một rối loạn khác

** Theo Ủy ban phân loại đau đầu của IHS, 2004*

Một số bệnh nhân có những điểm ấn đau và những nốt cục nhỏ khu trú rõ ở các cơ quanh sọ và cơ cổ, sờ thấy bằng tay. Nhìn chung bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ từng cơn dù trong hay ngoài cơn đau đầu vẫn bị nhạy ấn đau cơ nhiều hơn so với nhóm chứng không bị đau đầu. Hầu hết bệnh nhân không có các triệu chứng kèm theo, nhưng một số có thể có sợ ánh sáng, sợ âm thanh, hoặc buồn nôn nhẹ. Thiếu

ngủ là một yếu tố thúc đẩy đau đầu phổ biến; thử nghiệm làm thiếu ngủ cho người tình nguyện khỏe mạnh cho thấy có 39% xuất hiện đau đầu dạng căng cơ. Các bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ thường có các rối loạn giấc ngủ hơn so với người bị migraine và người không bị đau đầu.

Đau đầu dạng căng cơ có thể cùng tồn tại với rối loạn chức năng hàm dưới. Không có sự khác biệt về tỉ lệ lưu hành các rối loạn chức năng hàm dưới ở bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ thường xuyên, bệnh nhân migraine và người không bị đau đầu. Các nguyên nhân tâm lý và tâm thần, định nghĩa theo tiêu chuẩn DSM-IV có vẻ là hậu quả hơn là nguyên nhân gây các cơn đau tái đi tái lại. Thực tế, một nghiên cứu cộng đồng tiến cứu cho thấy nhức đầu mức độ vừa đến nặng không do migraine là một yếu tố nguy cơ của trầm cảm.

Đau đầu dạng căng cơ mạn tính

Đau đầu dạng căng cơ mạn tính (bảng 3) được xác định là đau đầu trong 15 ngày mỗi tháng trong ít nhất 6 tháng; thực tế nhiều bệnh nhân bị đau đầu mỗi ngày. Tiêu chuẩn cơn đau dạng này giống với đau đầu dạng căng cơ từng cơn, nhưng định nghĩa của IHS vẫn chấp nhận nếu có hiện diện thêm một trong những triệu chứng sau: buồn nôn nhẹ (không phải buồn nôn và nôn ói mức độ vừa đến nặng), sợ ánh sáng hoặc sợ tiếng động. Triệu chứng buồn nôn nhẹ được HIS chấp nhận cho chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ mạn tính nhưng không chấp nhận cho đau đầu dạng căng cơ từng cơn. Đau đầu dạng căng cơ mạn tính có thể xuất hiện ở bệnh nhân có tiền sử đau đầu dạng căng cơ từng cơn. Cơn đau trong đau đầu dạng căng cơ mạn tính thường lan toả hoặc hai bên và thường xảy ra ở phần sau đầu và cổ. Bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ mạn tính không có các cơn migraine cùng lúc hoặc trước đó, cũng không có các đặc tính khác của migraine, đây là điểm khác biệt với với migraine mạn tính (CM).

Bảng 3. Đau đầu dạng căng cơ mạn tính (Tiêu chuẩn chẩn đoán của IHS)*

2.3 Đau đầu dạng căng cơ mạn tính

- A. Ít nhất 10 cơn đau đầu đáp ứng tiêu chuẩn B-F liệt kê dưới đây. Đau xảy ra 15 ngày/tháng trong vòng ít nhất 3 tháng (180 ngày/năm)
- B. Đau đầu kéo dài nhiều giờ hoặc có thể liên tục
- C. Có ít nhất 2 trong các đặc điểm sau:
 1. Ép chặt/siết chặt (không theo mạch đập)
 2. Cường độ từ nhẹ đến vừa phải (có thể cản trở nhưng không mất khả năng hoạt động bình thường)
 3. Đau hai bên
 4. Không tăng cường độ đau khi lên cầu thang hay hoạt động thể chất hàng ngày

D. Có cả hai đặc điểm sau:

1. Không có nhiều hơn 1 trong các triệu chứng sau: buồn nôn nhẹ, sợ âm thanh, sợ ánh sáng
2. Không có buồn nôn hay ói mửa trung bình đến nặng

E. Dùng thuốc giảm đau hoặc các thuốc khác 10 ngày/tháng

F. Không do một rối loạn khác

2.3.1 Đau đầu dạng căng cơ mạn tính có nhạy ấn đau quanh sọ

2.3.2 Đau đầu dạng căng cơ mạn tính không có nhạy ấn đau quanh sọ

** Từ Ủy ban phân loại đau đầu của IHS, 2004*

Tuy nhiên vẫn có một số vấn đề trong cách phân loại mới của IHS năm 2004 về đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Trong bảng phân loại này, các triệu chứng buồn nôn nhẹ, không phải là nôn ói, được IHS chấp nhận trong chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Thực ra dạng nhẹ của các triệu chứng buồn nôn, sợ tiếng động và sợ ánh sáng có thể thích hợp trong chẩn đoán dạng đau đầu này nếu có thước đo tốt hơn cho độ nặng của chúng. Sở dĩ các triệu chứng vốn là đặc tính của migraine này được gộp vào tiêu chuẩn của đau đầu dạng căng cơ mạn tính là do thói quen gộp cả migraine mạn tính vào dạng đau đầu này trong thực hành. Tuy nhiên hiện nay migraine mạn tính được định nghĩa tách riêng khỏi đau đầu dạng căng cơ mạn tính nên không cần thiết phải gộp các đặc tính của migraine vào tiêu chuẩn chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ mạn tính nữa. Migraine và đau đầu dạng căng cơ mạn tính có thể cùng hiện diện trên một bệnh nhân, với lưu ý rằng cơn đau đầu nào không phải cơn migraine thì không có các đặc trưng của migraine. Guitera và cộng sự dựa trên dữ liệu dịch tễ học trong cộng đồng đề xuất rằng đau đầu dạng căng cơ mạn tính và migraine có thể cùng tồn tại khi và chỉ khi cơn đau đầu hiện tại không có đặc trưng của migraine và bệnh nhân có tiền sử migraine xa trước đó.

Chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ mạn tính tiến triển từ đau đầu dạng căng cơ từng cơn đòi hỏi phải có các bằng chứng về đau đầu dạng căng cơ từng cơn trước đó. Độ tin cậy của chẩn đoán tăng lên nếu đau đầu dạng căng cơ từng cơn gia tăng tần suất dần đến mức đáp ứng các tiêu chuẩn của đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Mặc dù định nghĩa đau đầu dạng căng cơ mạn tính không xác định rõ thời gian cơn đau đầu, các bằng chứng hiện tại không ủng hộ việc đưa ra một ngưỡng thời gian cụ thể. Người ta có thể dùng mốc 4 giờ một cách võ đoán để tách biệt với đau đầu cụm và các loại đau đầu hàng ngày khác với thời gian cơn ngắn hơn. Nhiều khả năng bản thân đau đầu dạng căng cơ mạn tính đã không đồng nhất về mặt sinh học và căn nguyên. Cần phân biệt đau đầu dạng căng cơ mạn tính với đau đầu do lạm dụng thuốc (MOH-medication overuse headache).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Đau đầu dạng căng cơ là dạng rối loạn đau đầu nguyên phát thường gặp nhất nhưng lại ít đặc trưng nhất. Chẩn đoán dựa chủ yếu vào sự vắng mặt các triệu chứng đặc trưng của migraine (đau một bên, kiểu mạch đập, nặng lên khi hoạt động thể chất và các triệu chứng kèm theo). Các bệnh nhân đau đầu thứ phát do nguyên nhân thực thể thường có những triệu chứng giống đau đầu dạng căng cơ. Nhạy ấn đau quanh sọ xảy ra cả trong migraine và đau đầu triệu chứng do viêm màng não hoặc xuất huyết khoang dưới nhện. Do chưa có một xét nghiệm cận lâm sàng nào có thể khẳng định chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ (hay bất kỳ 1 chứng đau đầu nguyên phát nào), cần luôn xem xét tìm các bệnh lý cấu trúc hoặc chuyển hóa ẩn dưới đối với các bệnh nhân đáp ứng toàn bộ các tiêu chuẩn chẩn đoán đau đầu dạng căng cơ. Điều này đặc biệt đúng trong trường hợp đau đầu mới khởi phát, cơn đau thay đổi tính chất, hoặc khi có những triệu chứng quan trọng khác ngoài những triệu chứng vốn kết hợp với đau đầu nguyên phát và khi có những dấu hiệu thần kinh bất thường.

Đau đầu dạng căng cơ có thể bị chẩn đoán nhầm là đau đầu do xoang khi có hiện tượng chảy đàm mũi sau hoặc dày niêm mạc xoang; hoặc chẩn đoán nhầm là đau đầu do cột sống cổ khi có triệu chứng cứng cơ cổ hoặc bị viêm dính cứng đốt sống cổ. Tuy nhiên cũng không nên chắc chắn rằng bệnh nhân bị đau đầu dạng căng cơ khi chỉ dựa trên kết quả khám thực thể và thần kinh bình thường. Đau đầu hàng ngày có thể là biểu hiện của máu tụ dưới màng cứng mạn tính hoặc tăng áp lực nội sọ lành tính. Các trường hợp trên có thể dễ dàng chẩn đoán nếu có phù gai thị. Nếu bệnh nhân không có phù gai thị, sẽ khó có thể phân biệt được đau đầu do các nguyên nhân này với đau đầu dạng căng cơ mạn tính.

Đau do bệnh lý hoặc rối loạn chức năng hàm dưới hoặc khớp thái dương hàm có thể lan tới vùng thái dương hoặc xa hơn và có thể bị chẩn đoán nhầm là đau đầu dạng căng cơ. Đau xuất phát từ các bệnh lý hoặc rối loạn chức năng các cấu trúc vùng cổ có thể lan tới vùng chẩm và các vùng đầu khác, nhưng các cơn đau này gần như luôn được kích khởi khi cử động cổ, đây là dấu hiệu để phân biệt chúng với đau đầu dạng căng cơ từng cơn.

Chứng đau cơ-sợi (fibromyalgia) là một rối loạn mạn tính, 90% các trường hợp xảy ra ở phụ nữ. Điểm đặc trưng là đau lan toả và ấn đau cơ khắp toàn thân. Triệu chứng kèm theo gồm rối loạn giấc ngủ (75%), cứng khớp buổi sáng (77%), mệt mỏi (81%), dị cảm, đau đầu (52.8%) và lo âu (47.8%) hoặc trầm cảm (31.5%). Do bệnh làm giảm ngưỡng chịu đau nên cơn đau từ các nguyên nhân khác nếu có sẽ có thể trầm trọng hơn.

Rối loạn chức năng vận động (mất phản hồi thần kinh về bó cơ trong vận động chủ động), các điểm nhạy ấn đau, giảm đau khi tiêm vào điểm kích khởi, và lo âu trầm cảm kèm theo hiện diện ở cả đau cơ-sợi lẫn đau đầu bệnh lý này có thể trùng lặp với chứng đau cơ-sợi khu trú ở các cấu trúc quanh sọ. Hội chứng đau cân cơ

(myofascial pain syndrome) phân biệt được với đau cơ sợi vì chúng là một rối loạn khu trú và tự giới hạn, với những điểm kích khởi đau.

Migraine và đau đầu dạng căng cơ từng cơn từ lâu được coi là hai bệnh lý riêng biệt, và IHS cũng tiếp tục quan điểm này; và bệnh nhân có thể được chẩn đoán cùng lúc cả migraine và đau đầu dạng căng cơ. Tuy nhiên, một số bác sĩ lâm sàng và dịch tễ học cho rằng migraine và đau đầu dạng căng cơ là các bệnh lý có liên quan với nhau và chỉ khác nhau ở độ nặng hơn là ở thể loại. Cả migraine và đau đầu dạng căng cơ đều có thể là những cơn đau đầu lành tính tái diễn. Đa số các bệnh nhân migraine (62%) cũng có đau đầu dạng căng cơ và 25% bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ cũng có migraine. Một cơn đau đầu migraine có thể khởi phát như đau đầu dạng căng cơ rồi sau đó mới phát triển thêm các đặc tính của migraine khi mức độ đau tăng lên.

Đau đầu do lạm dụng thuốc (MOH) trước được gọi là đau đầu dội ngược, đau đầu do thuốc và đau đầu do dùng sai thuốc. Bệnh nhân bị đau đầu thường xuyên thường lạm dụng các thuốc giảm đau, dẫn xuất á phiện, ergotamine và triptans. Với những người đau mạn tính, lạm dụng thuốc có thể là hậu quả của đau; còn ở những bệnh nhân có xu hướng đau đầu, nó có thể gây ra cơn đau đầu dội ngược do thuốc cùng với tình trạng lệ thuộc vào các thuốc chữa triệu chứng. Thêm vào đó, lạm dụng thuốc có thể làm cho đau đầu trở nên kháng với các thuốc phòng ngừa. Mặc dù khi ngưng đột ngột các thuốc điều trị cấp có thể dẫn đến các triệu chứng cai thuốc và một giai đoạn tăng đau đầu nhưng sau đó tình trạng đau đầu thường được cải thiện.

ĐIỀU TRỊ

Đau đầu dạng căng cơ từng cơn là loại đau đầu phổ biến nhất và hầu hết những người mắc bệnh này đều tự điều trị với thuốc giảm đau thông thường hoặc hoàn toàn không dùng thuốc và thường không đi khám bệnh. Có thể họ chỉ đi khám khi các cơn đau trở nên bất thường về tần số hoặc mức độ. Các phương pháp điều trị chính của đau đầu dạng căng cơ bao gồm tâm sinh lý liệu pháp, vật lý liệu pháp và liệu pháp hoá dược.

Trị liệu cấp tính

Trị liệu cấp tính nhằm cắt cơn hoặc làm giảm độ nặng của mỗi cơn đau, bao gồm các thuốc giảm đau đơn lẻ hoặc kết hợp với caffeine, thuốc giải lo âu hoặc codeine, và các thuốc kháng viêm non-steroid (NSAIDs). Do tiềm năng gây đau đầu do lạm dụng thuốc (MOH), việc sử dụng các loại thuốc này phải rất giới hạn. Chọn lựa loại trị liệu cấp tính cần dựa vào độ nặng và tần xuất cơn đau đầu, các triệu chứng kèm theo, các bệnh kèm theo, và các điều trị trước đó của bệnh nhân. Các loại thuốc uống như thuốc giảm đau, NSAIDs, hoặc các thuốc có caffeine có hiệu quả cho các bệnh nhân đau đầu từ nhẹ đến vừa và không có buồn nôn. Thuốc trị đau đầu cấp tính nên dùng với liều tương đối cao và càng sớm càng tốt, trường hợp không đáp ứng với thuốc có thể do không đủ liều. Cần lưu ý tránh dùng thuốc giảm đau quá

mức vì nguy cơ lệ thuộc và lạm dụng thuốc, cũng như tiềm năng gây đau đầu mạn tính hàng ngày.

Các liệu pháp phối hợp: phối hợp thuốc giảm đau, thuốc an thần và thuốc kết hợp giảm đau – dị thần kinh được dùng trong điều trị cấp đau đầu dạng căng cơ. Một nghiên cứu một liều, kiểm soát giả dược cho thấy rằng thêm thuốc giãn cơ vào một thuốc giảm đau sẽ bổ sung hiệu quả. Khi so sánh meprobamate và aspirin với tổ hợp butalbital-aspirin-phenacetin thì thấy tác dụng như nhau nhưng tổ hợp thuốc có nhiều tác dụng phụ hơn (đặc biệt là tác dụng phụ về thần kinh). Một nghiên cứu lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi cho thấy rằng tổ hợp meprobamate-acetylsalicylic acid hữu hiệu hơn nhiều so với aspirin. Việc kết hợp thuốc giảm đau với caffeine, thuốc an thần có thể hữu hiệu hơn việc chỉ dùng thuốc giảm đau hay NSAIDs. Caffeine (130mg hay 200mg) đóng vai trò chất xúc tác làm tăng đáng kể tác dụng của thuốc giảm đau đơn thuần và ibuprofen.

Lạm dụng liệu pháp cấp tính Bệnh nhân có thể lạm dụng thuốc cho những cơn đau đầu cấp tính. Khi thuốc cấp tính chữa đau đầu từng cơn được dùng nhiều hơn 2 ngày 1 tuần, có thể gây ra các cơn đau đầu mỗi ngày hay hầu như mỗi ngày. Lạm dụng thuốc có thể tạm thời làm giảm đau nhưng khi thuốc hết tác dụng và xuất hiện cơn đau đầu ở một mức độ nào đó, khuynh hướng tự nhiên là sẽ dùng nhiều thuốc hơn. Đây là nguyên nhân phổ biến để đau đầu dạng căng cơ từng cơn chuyển thành đau đầu dạng căng cơ mạn tính hay migraine. Thuốc cấp tính không nên dùng quá 2 ngày 1 tuần. Nếu đau đầu dạng căng cơ xảy ra thường xuyên hơn 2 ngày 1 tuần cần dùng liệu pháp phòng ngừa.

Điều trị phòng ngừa

Điều trị phòng ngừa được dùng để làm giảm tần suất và độ nặng của các cơn đau đầu và cần được cân nhắc sử dụng khi tần số cơn (hơn 2 ngày 1 tuần), thời gian đau (hơn 3-4 h) và mức độ đau nặng đến mức có thể gây mất chức năng đáng kể hoặc dẫn đến tình trạng lạm dụng thuốc điều trị cấp. Việc điều trị có thể bắt đầu với thuốc chống trầm cảm 3 vòng hay chất ức chế tái hấp thu serotonin (SSRIs). Nếu có chỉ định, nên chọn thuốc phòng ngừa từ một trong những nhóm chính, dựa trên tác dụng phụ và các bệnh kèm theo.

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng là loại thuốc thông dụng nhất để phòng ngừa đau đầu dạng căng cơ và amitriptyline là loại thuốc thường dùng nhất trong nhóm này.

Người ta cũng dùng các loại thuốc chống trầm cảm khác như doxepin, nortriptyline và protriptyline trong đau đầu dạng căng cơ. SSRIs có ít tác dụng phụ hơn thuốc chống trầm cảm 3 vòng và được bệnh nhân ưa thích hơn. Trong một nghiên cứu có đối chứng, fluoxetine (20-40mg) hữu hiệu hơn giả dược ở bệnh nhân CDH. Langemark và Olesen so sánh paroxetine (20-30mg mỗi ngày) với sulpiride, một chất đối vận dopamine thường được sử dụng như thuốc chống loạn thần. Tình trạng bệnh được cải thiện với cả 2 loại thuốc nhưng người ta thấy sulpiride có tác dụng

tốt hơn. Manna và cộng sự so sánh fluvoxamine (50-100mg/ngày) với mianserin (30-60mg/ngày) và cả hai đều có tác dụng đáng kể. Morland và cộng sự nhận thấy doxepin (100mg/ngày) hữu hiệu hơn hẳn giả dược. Mirtazapine ở liều lượng 15-30mg/ngày cũng có tác dụng trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, bắt chéo có đối chứng giả dược trên 24 bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ mạn tính không trầm cảm.

Thuốc giãn cơ có thể có hiệu quả trong điều trị phòng ngừa đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Tizanidine hữu hiệu hơn giả dược trong việc làm giảm chỉ số đau đầu tổng thể trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi có đối chứng giả dược, với tizanidine là liệu pháp cộng thêm cho bệnh nhân đau đầu mạn tính hằng ngày (bao gồm cả đau đầu dạng căng cơ mạn tính). Tác dụng của tizanidine dùng độc lập không rõ ràng. Một nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, bắt chéo so sánh tizanidine với giả dược trên 37 phụ nữ tuổi từ 20-59 bị đau đầu dạng căng cơ mạn tính ghi nhận tizanidine có hiệu quả hơn đáng kể, nhưng một nghiên cứu mới đây dùng thuốc dạng phóng thích điều chỉnh (MR) không thấy hiệu quả trên đau đầu dạng căng cơ mạn tính.

Các dược chất khác cũng được sử dụng trong việc điều trị đau đầu mạn tính, thường là dạng hỗn hợp migraine và đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Trong một nghiên cứu mở, propranolol hoặc kết hợp propranolol và amitriptyline có kết quả đáng kể. Một nghiên cứu mở trên 30 chủ thể cho thấy valproate liều 1000-2500mg có tác dụng trong việc điều trị các bệnh nhân mắc đồng thời migraine và đau đầu dạng căng cơ mạn tính. Nghiên cứu này cho thấy mức độ cải thiện chỉ số đau đầu đến 67% và cải thiện 30% số ngày không đau đầu trong một tháng sau khi 3 tháng điều trị.

Thuốc phòng ngừa nên được dùng bắt đầu với liều thấp và tăng từ từ cho đến khi có tác dụng chữa bệnh hoặc đã đến liều tối đa cho phép. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng, như amitriptyline thường được dùng với liều 100-200mg/ngày cho trầm cảm, trong khi liều 10-20mg/ngày thường hiệu quả cho đau đầu dạng căng cơ (liều amitriptyline khởi đầu 20-25mg/ngày thường được dùng cho bệnh nhân trầm cảm nhưng có thể gây tác dụng phụ nặng cho bệnh nhân migraine). Tuy một số bệnh nhân đáp ứng với thuốc phòng ngừa liều thấp, nhưng nếu không tác dụng thì cần tăng liều dần lên đến mức tối đa có thể chịu được trước khi kết luận thuốc không hiệu quả. Thời gian thử tác dụng thuốc đầy đủ có thể kéo dài 2-6 tháng. Nhiều trường hợp bệnh nhân được điều trị bằng thuốc phòng ngừa mới trong 1-2 tuần mà không thấy tác dụng rồi ngưng thuốc quá sớm, dẫn tới cả bác sĩ và bệnh nhân đều nghĩ rằng thuốc không có tác dụng. Thêm vào đó, để có được kết quả tốt nhất khi điều trị phòng ngừa, bệnh nhân cần tránh lạm dụng thuốc giảm đau.

Đau đầu có thể được cải thiện theo thời gian mà không phụ thuộc vào điều trị; nếu kiểm soát đau tốt, có thể giảm liều dần rồi tạm ngưng dùng thuốc. Nhiều bệnh nhân vẫn không bị đau đầu sau khi ngưng thuốc hoặc cảm thấy không cần dùng liều như cũ. Giảm liều thuốc có thể mang lại tỉ số lợi ích/rủi ro tốt hơn.

Điều trị không dùng thuốc

Các phương pháp điều trị không dùng thuốc nên được cân nhắc khi điều trị đau đầu nguyên phát. Bệnh nhân cần được hướng dẫn các thói quen lành mạnh như ngủ đủ giấc, ăn cân bằng, tập thể dục thường xuyên và từ bỏ những thói quen có hại như hút thuốc và uống quá nhiều rượu. Do bệnh nhân có thể lo lắng về một khối u não tiềm ẩn hay các bệnh hiểm nghèo khác, cần giải thích về chẩn đoán cho bệnh nhân để họ yên tâm. Trầm cảm, lo âu, hoặc cả hai có thể cùng tồn tại với hoặc làm nặng thêm đau đầu dạng căng cơ; các rối loạn này có vẻ là hậu quả hơn là nguyên nhân của đau đầu và cần được điều trị thích đáng.

Các phương pháp điều trị khác

Botulinum toxin typ A (BoNT - A) tiêm vào cơ quanh sọ có tác dụng đối với bệnh nhân đau đầu dạng căng cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Classification of Primary Headaches: concepts and Controversies in John G Edmeads, Principles of Pain Management in Neurological Therapeutics Principles and Practice- second Edition in Chief John H Noseworthy.
2. Sotirios A. Tsementzis. Pain Different Diagnosis in Neurology and Neurosurgery. Thieme Stuttgart. New York -2000 (307).
3. Bigal E. Marcelo, Sheftell D Fred, chronic Daily Headache and Its Subtypes. In Continuum Lifelong Learning in Neurology – Headache. Volume 12. Number 6 December 2006.
4. Silberstein D, Stephen, Tension – Headache in Neurological Therapeutics Principles and Practice- second Edition in Chief John H noseworthy.P141-162.
5. Fredrick R Tetlor, Tension – Headache in Prim Care Clin Office Practice 31 (2004) 243- 259.