

e-ISSN: 2345-0592

Online issue

Indexed in *Index Copernicus*

Medical Sciences

Official website:

www.medicisciences.com



Peculiarities of diagnosis and treatment of tension type headache and migraine. Literature review

Raimondas Kiltinavičius¹, Greta Venckutė¹, Paulius Ješkevičius¹

¹ Faculty of Medicine, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Abstract

Acute headaches are one of the main reasons why patients seek primary health care or emergency care. For this reason, medical practitioners in various fields have to face with patients suffering from headaches. Dangerous headaches, which can be an expression of a serious illness must be very well recognized and diagnosed as quickly as possible to start an adequate treatment. A whole large number of patients comes with primary headaches, the intensity and accompanying symptoms of which can vary greatly. Comprehensive collection of patient history and detailing of clinical symptoms in differential diagnosis becomes the most important aspect, as the diagnosis of primary headache is based only on clinical manifestations. Constant pain can be very severe, and affect person's daily life or even cause mental damage. Being able to make a right diagnosis gives us opportunity to administer medicational and non-medicational treatment without much difficulty and prevent deterioration in patients' quality of life, as well as a risk of recurrence of primary headaches.

Keywords: acute headache, migraine, tension type headache.

Įtampos tipo galvos skausmo ir migrenos diagnostikos ir gydymo ypatumai. Literatūros apžvalga

Raimondas Kiltinavičius¹, Greta Venckutė¹, Paulius Ješkevičius¹

¹ Faculty of Medicine, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Santrauka

Ūmus galvos skausmas yra viena iš pagrindinių priežasčių, dėl ko pacientai kreipiasi į pirminės asmens sveikatos priežiūros centrą ar skubią pagalbą. Dėl šios priežasties įvairių sričių medikai nuolatos savo praktikoje susiduria su galvos skausmus kenčiančiais ligoniais. Labai svarbu mokėti atpažinti pavojingus galvos skausmus, kurie gali būti sunkios ligos išraiška, ir greitai diagnozavus pradėti adekvatų gydymą. Visgi dažniausiai pacientai atvyksta kamuojami pirminių galvos skausmų, kurių intensyvumas, lydintys simptomai gali labai varijuoti. Išsamus pacientų anamnezės surinkimas ir klinikinių simptomų detalizavimas diferencinėje diagnostikoje tampa svarbiausias aspektas, kadangi pirminių galvos skausmų diagnostika remiasi tik klinikinėmis išraiškomis. Nuolatinis skausmas gali labai stipriai apsunkinti kasdienį žmogaus gyvenimą ir net turėti įtakos psichikos pažeidimų atsiradimui. Gebėdami tiksliai nustatyti diagnozę, galime nesunkiai pritaikyti medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo taktikas ir užkirsti kelią pacientų gyvenimo kokybės blogėjimui bei sumažinti galvos skausmų pasikartojimo riziką.

Raktažodžiai: ūmus galvos skausmas, migrena, įtampos tipo galvos skausmas.

Įvadas

Ūminis galvos skausmas yra vienas dažniausių nusiskundimų, apimantis įvairaus amžiaus pacientus. Ūminis galvos skausmas yra skirstomas į pirminį ir antrinį. Pirminį galvos skausmą sudaro migrena, įtampos galvos skausmas ir klasterinis galvos skausmas. Visgi, antrinis galvos skausmas yra svarbus diagnozuojant rimtus ir gyvybei pavojingus sutrikimus [1]. Apie 95 % visos populiacijos yra bent kartą gyvenime pajutę galvos skausmą [2]. PSO galvos skausmą įtraukia į vieną iš top 10 neįgalumo priežasčių [3]. Pirmosiose grandyse dirbančių gydytojų pagrindinis tikslas yra tiksliai galvos skausmo diagnostika bei tinkamai

paskirtas gydymas, o tam pasiekti yra svarbu suprasti skirtingų galvos skausmų kilmę ir priežastį. Vienas svarbiausių aspektų diferencijuojant galvos skausmą sukėlusias priežastis yra pavojingų simptomų atpažinimas, kas leidžia nuspėti antrinio galvos skausmo priežastį ir atlikus tai patvirtinančius tyrimus pasirinkti tinkamą gydymą (1 lentelė) [4].

Pavojingi simptomai vertinant ūmų galvos skausmą (1 lentelė)

Pavojingi simptomai	Įtariama diagnozė	Diagnostika
Pirmąkart pasireiškęs ar labai stiprus galvos skausmas	CNS infekcija, intrakranijinė hemoragija	Neurovizualiniai tyrimai
Židininiai neurologiniai simptomai	Atrioveninės malformacijos, kolageninės vaskulinės ligos, intrakranijinės masės	Kraujo tyrimai, neurovizualiniai tyrimai
Galvos skausmas išprovokuotas kosulio ar stangų, ar dėl seksualinės sueigos	Subarachnoidinė hemoragija, intrakranijinės masės	Juosmeninė punkcija, neurovizualiniai tyrimai
Dėl galvos skausmo atsiradęs asmenybės pokytis, sąmonės ir mąstymo sutrikimas	CNS infekcija, intracerebrinis kraujavimas, intrakranijinės masės	Kraujo tyrimai, juosmeninė punkcija, neurovizualiniai tyrimai
Kaklo rigidiškumas ar meninginiai simptomai	Meningitas	Juosmeninė punkcija
Pirmą kartą pasireiškęs stiprus galvos skausmas nėštumo ar pogimdiniu laikotarpiu	Kortikalinės venos/kranialinio sinuso trombozė, miego arterijos disekacija, kankorėžinės liaukos apopleksija	Neurovizualiniai tyrimai
Sisteminės ligos su galvos skausmu (karščiavimas, bėrimas)	Artritas, encefalitas, meningitas	Kraujo tyrimai, juosmeninė punkcija, neurovizualiniai tyrimai, odos biopsija
Vyresniems nei 50 metų	Intrakranijinės masės, temporalinis artritas	Eritrocitų nusėdimo greitis, neurovizualiniai tyrimai
Naujo tipo galvos skausmas pacientams, sergantiems onkologine liga	Metastazės	Juosmeninė punkcija, neurovizualiniai tyrimai

Įtampos galvos skausmo diagnostika

Įtampos galvos skausmas yra dažniausias galvos skausmų tipas, nustatomas daugiau nei 40 % visos populiacijos, kiek nežymiai dažniau pasireiškiantis moterims [5]. Ši patologija įvardijama kaip heterogeninis sindromas, o tiksli priežastis iki šiol nėra aiški. Manoma, kad etiologijai reikšmingi

periferiniai miofascialiniai mechanizmai ir skausmą reguliuojančių stuktūrų centriniai sutrikimai. Šių faktorių svarba kinta ir yra individuali kiekvienam pacientui [6]. Kadangi nėra specifinių diagnostinių tyrimų, įtampos galvos skausmo diagnozei patvirtinti naudojami tarptautinės galvos skausmų sutrikimų klasifikacijos kriterijai (2 lentelė) [7].

Įtampos tipo galvos skausmo diagnostikos kriterijai (2 lentelė)

<p>Retas epizodinis įtampos tipo galvos skausmas</p> <p>A. Bent 10 įvykusių skausmo epizodų ne dažniau nei kartą per mėnesį (mažiau nei 12 epizodų per metus), kurie atitinka B-D kriterijus.</p> <p>B. Truko nuo 30 min. iki 7 dienų.</p> <p>C. Atitiko bent du kriterijus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abipusis galvos skausmas ○ Spaudžiančio/ veržiančio pobūdžio (ne pulsuojantis) ○ Silpno, vidutinio intensyvumo ○ Nesukeltas fizinės veiklos, kaip vaikščiojimas ar lipimas laiptais <p>D. Atitiko abu kriterijus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Be pykinimo ir vėmimo ○ Ne daugiau kaip vieną kartą pasireiškusi fotofobija ar fonofobija <p>E. Neatitinka kitų ICHD-3 diagnozių</p>
<p>Dažnas epizodinis įtampos tipo galvos skausmas (kriterijai kaip reto epizodinio, išskyrus)</p> <p>Bent 10 epizodų, trunkančių ne ilgiau 14 dienų per mėnesį vidutiniškai daugiau kaip tris mėnesius (ne daugiau 180 dienų per metus)</p>
<p>Lėtinis įtampos tipo galvos skausmas (kriterijai kaip reto epizodinio, išskyrus)</p> <p>A. Skausmas, trunkantis daugiau nei 15 dienų per mėnesį, ilgiau nei tris mėnesius.</p> <p>B. Trunka valandas – dienas arba nuolatinis</p> <p>D. Atitinka abu kriterijus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne daugiau kaip vieną kartą pasireiškusi fotofobija, fonofobija ar silpnas pykinimas ○ Nepasireiškus vidutiniam ar intensyviam pykinimui ar vėmimui.

Įtampos galvos skausmo gydymas

Dažniausiai skausmas pacientams su epizodiniais įtampos tipo galvos skausmais būna lengvo ar vidutinio intensyvumo. Jam malšinti rekomenduojami paprastieji analgetikai, kaip paracetamolis ar aspirinas arba nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo. Šių vaistų efektyvumas mažėja didėjant skausmo epizodų dažniui [8; 9]. Esant nepakankamui atsakui į gydymą, kaip antro pasirinkimo vaistai, rekomenduojami NVNU deriniai su kofeinu [10]. Deriniai su kodeinu, barbitūratais ir opioidais turėtų būti nevartojami dėl neigiamo vaistų naudos – rizikos santykio, o triptanai ir raumenis atpalaiduojantys – dėl nepakankamo klinikinio efekto [11; 12].

Profilaktinė farmakoterapija rekomenduojama pacientams, kenčiantiems lėtinio įtampos tipo galvos skausmus arba kai epizodinės įtampos tipo galvos skausmas tampa labai dažnas. Iš visų tirtų antidepresantų, amitriptilinas parodė didžiausią teigiamą efektą gydant lėtinį ĮTGS. Taip pat stebėtas Mirtazapino ir Venlafaxino veiksmingumas, todėl šie vaistai yra rekomenduojami. Kitų triciklių antidepresantų bei SSRI tyrimai neparodė pakankamo efektyvumo lyginant su placebo [13; 14].

Nemedikamentinio gydymo taktikos užima svarbią vietą ir yra plačiai taikomos, siekiant pilnos ĮTGS kontrolės. Net pats faktas, jog gydytojas

gilinasi į problemą, ieško jos priežasties ir galiausiai atmeta pavojingas, pacientą gąsdinusias diagnozes, gali palengvinti simptomus. Labai svarbu išsiaiškinti skausmą galinčius lemti papildomus veiksnius, kurių dažniausias yra stresas, mitybos ar miego sutrikimai, per didelis kavos ir kitų kofeino turinčių gėrimų vartojimas bei fizinio aktyvumo trūkumas. Gyvenimo korekcija šalinant nustatytus trigerius gali būti labai svarbi ir labai sumažinti nuskausminamųjų vaistų poreikį [15]. Siekiant nustatyti kitų nemedikamentinio gydymo metodų efektyvumą daugiausia tyrimų atlikta apie elektromiografijos grįžtamo ryšio terapiją, kuri susijusi su raumenų įtampos kontroliavimu, kognityvine – elgesio terapija ir įtampos bei streso atpažinimu ir kontroliavimu pasitelkiant kvėpavimo pratimus ar meditaciją. Patvirtinta, jog elektromiografijos grįžtamo ryšio terapija turi didžiausią teigiamą efektą. Kitų technikų veiksmingumui įrodyti dar trūksta mokslinių tyrimų, tačiau esant galimybei juos patariama taikyti kartu su medikamentiniu gydymu [16;17]

Fizioterapinės procedūros, įskaitant masažus, ultragarsines bei elektrines stimuliacijas bei akupunktūrą taip pat plačiai naudojamos epizodinio bei lėtinio ĮTGS gydyme. Tyrimai patvirtina, kad pavieniais atvejais tam tikros taktikos parodė veiksmingumą tačiau, rekomenduoti to visiems pacientams, kaip gydymo alternatyvos, negalima [18].

Migrenos diagnostika

Migrena yra antras pagal dažnį lėtinis, invalidizuojantis, neurovaskulinis sutrikimas, susijęs su aseptiniu kraujagyslių uždegimu. Sergantieji kenčia nuo sunkių galvos skausmų, kuriuos lydi autonominiai simptomai [19]. Apie trečdalis pacientų prieš prasidedančius skausmus jaučia trumpalaikius neurologinius simptomus,

vadinamus aura [20]. Migrena pradeda sirgti 15 – 24 gyvenimo metais, tačiau pikas pasiekiamas 35 – 45 metais [21]. JAV atliktų tyrimų išvados atskleidžia, jog moterys yra dažniau linkusios sirgti migrena nei vyrai, atitinkamai 43 % ir 18 % [22]. Migrenos diagnostikoje, kaip ir ĮTGS, svarbiausia yra klinikos vertinimas, anamnezė bei galvos skausmo dienoraščių interpretavimas. Patvirtinant diagnozę nėra išsamių ir specifinių diagnostinių tyrimų, todėl naudojami ICHD-III kriterijai. (3 lentelė) [7].

Migrenos diagnostikos kriterijai (3 lentelė)

<p>Migrena be auros</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Bent 5 skausmo epizodai, kurie atitinka B – D kriterijus B. Galvos skausmo epizodai trunka nuo 4 iki 72 valandų (negydant ar nesėkmingai gydant) C. Skausmas atitinka bent du kriterijus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vienpusė lokalizacija ○ Pulsuojančio pobūdžio ○ Vidutinio ar sunkaus intensyvumo ○ Sukeltas arba apsunkinantis įprastines kasdienes veiklas, kaip vaikščiojimas ar lipimas laiptais D. Bent vienas iš lydinčių simptomų <ul style="list-style-type: none"> ○ Pykinimas ir/ar vėmimas ○ Fotofobija ir fonofobija E. Neatitinka kitų ICHD-3 diagnozių.
<p>Tipinė aura su migreniniu skausmu</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Bent du skausmo epizodai, atitinkantys B – C kriterijus. B. Vienas ar daugiau grįžtamų auros simptomų: <ul style="list-style-type: none"> ○ Regos ○ Sensorinė ○ Kalbos ○ Motorinė ○ Smegenų kamieno ○ Tinklainės C. Bent trys iš šešių kriterijų: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bent vienas iš auros simptomų tęsiasi daugiau kaip 5 min. ○ Bent du auros simptomai pasireiškia iš eilės. ○ Kiekvienas auros simptomas tęsiasi 5 – 60 min. ○ Bent vienas auros simptomas yra vienpusis. ○ Bent vienas iš auros simptomų yra teigiami (regos haliucinacijos, dilgčiojimas) ○ Aura yra lydima skausmo arba jis atsiranda per 30 min. nuo auros pradžios. D. Neatitinka kitų ICHD-3 diagnozių.

Migrenos gydymas

Vienas iš svarbiausių aspektų migrenos gydyme yra provokuojančių veiksnių nustatymas ir jų vengimas. Pacientams labai svarbu išsiaiškinti, kas jiems sukelia migrenos priepuolius, todėl jų sekimas dienoraštyje ar kalendoriuje gali labai pagelbėti. Migrenos priepuolis gali prasidėti ir po 24 valandų nuo provokuojančio agento poveikio. Dažniausi provokuojantys veiksniai yra alkoholis, hormonų terapija, kofeino turintys produktai, nuovargis, stresas, itin šviesi, garsi aplinka ar tam tikri maisto produktai [19].

Migrenos pagrindinis gydymas susideda iš migrenos priepuolio malšinimo ir profilaktinio gydymo tarp priepuolių. Skausmą malšinančių vaistų vartojimas turėtų būti pradėtas iškart pajutus pirmuosius prasidedančio priepuolio arba auros simptomus. Lengvų ar vidutinio sunkumo atakų valdymui yra pakankamai efektyvus acetaminofenas ir NVNU [23]. Pykinimas yra dažnas lydintis simptomas, todėl pagal poreikį rekomenduojama vartoti antiemetikus. Kai priepuolio malšinimas yra nepakankamas, rekomenduojami triptanai, nes jie vazokonstriktiškai veikia galvos smegenų kraujagysles ir stabo centrinių ir periferinių impulsų perdavimą trišakiu nervu [24]. Taip pat šie vaistai slopina pykinimą ir skausmą bei nesukelia priklausomybės. Ši gydymo taktika yra veiksminga 3 iš 4 pacientų. Studijos įrodė, kad triptanų ir NVNU deriniai yra efektyvesni nei šių vaistų vartojimas atskirai. Efektyviausias yra sumatriptano ir naproksono derinys [25].

Profilaktinis gydymas taikomas, kai būdingi dažni, ilgos trukmės ir didelio intensyvumo migrenos priepuoliai. Tokia gydymo taktika reikalinga pacientams, patiriantiems galvos skausmus daugiau kaip 4 – 6 kartus per mėnesį, kai simptominis gydymas yra kontraindikuotinas ar neefektyvus, arba reikalingas dažniau nei 2 kartus per savaitę bei esant netipinei migrenai. Prevencija taip pat turėtų būti svarstoma, jei migrenos priepuoliai gali turėti įtakos pacientų saugumui ar gerovei [19]. Įvairiose šalyse medikamentų pasirinkimas yra kiek skirtingas, tačiau visoje Europoje dažniausi profilaktikai vartojami betaadrenoblokatoriai (metaprololis, atenololis, propranololis), kalcio kanalų blokatoriai (flunarizinas), vaistai nuo epilepsijos (valproinė rūgštis, topiramatas), tricikliai antidepresantai (amitriptilinas), kiti antidepresantai (venlafaksinas, fluoksetinas). Migrenos profilaktikai nėštumo metu gali padėti

tik magnio preparatai ir betaadrenoblokatoriai [26].

Literatūros sąrašas

1. Ahmed F. Headache disorders: differentiating and managing the common subtypes. *British journal of pain*. 2012 Aug;6(3):124-32.
2. Stovner, L, Hagen, K, Jensen, R. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193–210.
3. World Health Organisation . World health report. WHO, Geneva, 2001.
4. Hainer BL, Matheson E. Approach to acute headache in adults. *American family physician*. 2013 May 15;87(10):682-7.
5. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, Steiner TJ, Zwart JA. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007 Mar;27(3):193-210.
6. Ashina M. Neurobiology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2004 Mar;24(3):161-72.
7. Olesen J, Lipton RB, Lance JW, Dodick DW, Kruit MC, May A, Charles A. 1. Classification and diagnosis of headache disorders 3. *Oxford Textbook of Headache Syndromes*. 2020 Apr 1.
8. Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(6).
9. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Merlijn V, Koes BW. Is any one analgesic superior for episodic tension-type headache? This systematic review suggests good tolerance of any given agent may be the deciding factor. *Journal of family practice*. 2006 Dec 1;55(12):1064-73.
10. Lipton RB, Diener HC, Robbins MS, Garas SY, Patel K. Caffeine in the management of patients with headache. *The journal of headache and pain*. 2017 Dec;18(1):107.
11. Brennum J, Brinck T, Schriver LA, Wanscher B, Sørensen PS, Tfelt-Hansen P, Olesen J. Sumatriptan has no clinically relevant effect in the treatment of episodic tension-type headache. *European Journal of Neurology*. 1996 Jan;3(1):23-8.
12. Scher A, Lipton RB, Stewart WF, Bigal M. Patterns of medication use by chronic and episodic headache sufferers in the general population: results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia*. 2009 Aug;no-

13. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *Jama*. 2001 May 2;285(17):2208-15.
14. Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology*. 2004 May 25;62(10):1706-11.
15. Cathcart S, Petkov J, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Central mechanisms of stress-induced headache. *Cephalalgia*. 2009 Aug;no-.
16. Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008 Jun;76(3):379.
17. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial?. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2009 Jun;15(2):183-205.
18. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache—Report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*. 2010 Nov;17(11):1318-25.
19. Bartleson J, Cutrer FM. Migraine update. *Minnesota medicine*. 2010 May.
20. . Ahmed F. Headache disorders: differentiating and managing the common subtypes. *British journal of pain*. 2012 Aug;6(3):124-32.
21. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Jama*. 1992 Jan 1;267(1):64-9.
22. Stewart WF, Wood C, Reed ML, Roy J, Lipton RB. Cumulative lifetime migraine incidence in women and men. *Cephalalgia*. 2008 Nov;28(11):1170-8.
23. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. American Headache Society evidence assessment. The acute treatment of migraine in adults: the American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies. *Headache*. 2015;55:3-20.
24. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine—current understanding and treatment. *New England Journal of Medicine*. 2002 Jan 24;346(4):257-70.
25. Silberstein S, McDonald SA, Goldstein J, Aurora S, Lener SE, White J, Runken MC, Saiers J, Derosier F, Lipton RB. Sumatriptan/naproxen sodium for the acute treatment of probable migraine without aura: a randomized study. *Cephalalgia*. 2014 Apr;34(4):268-79.
26. Antonaci F, Dumitrache C, De Cillis I, Allena M. A review of current European treatment guidelines for migraine. *The journal of headache and pain*. 2010 Feb;11(1):13.