

Tiếp cận xử trí đau đầu thần kinh tam thoa với biểu hiện thần kinh tự chủ (trigeminal autonomic cephalalgias)

Võ Thế Nhân^{1,3}, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}

(Lược dịch từ bài viết "Management of Trigeminal Autonomic Cephalalgias Including Chronic Cluster - A Review", Hans Christoph Diener; Cristina Tassorelli; David W. Dodick)

¹ Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Hà Nội

³ Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Dược Đại học Quốc gia Hà Nội

1. GIỚI THIỆU

Đau đầu thần kinh tam thoa với biểu hiện thần kinh tự chủ (ĐđTThTCh) được đặc trưng bởi sự hiện diện của các triệu chứng thần kinh tự chủ trong cơn đau đầu. Các triệu chứng thường gặp nhất là sổ mũi, ngạt mũi, xung huyết kết mạc, và chảy nước mắt. ĐđTThTCh thường gặp ở một bên, bao gồm đau đầu chuỗi (cluster headache), đau nửa đầu kịch phát (paroxysmal hemicrania), đau nửa đầu liên tục (hemicrania continua), các cơn đau đầu ngắn kiểu đau thần kinh một bên kèm theo sung huyết kết mạc và chảy nước mắt (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing - SUNCT), và các cơn đau đầu ngắn kiểu đau thần kinh một bên kèm theo triệu chứng tự chủ (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms - SUNA). ĐđTThTCh có thể xuất hiện từng đợt hoặc mạn tính. Yếu tố quan trọng nhất để chẩn đoán phân biệt giữa các dạng ĐđTThTCh nói trên là thời khoảng của các cơn đau đầu.

2. TIẾP CẬN XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU CHUỖI MẠN TÍNH

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Đau đầu chuỗi có thể xuất hiện dưới 2 dạng:

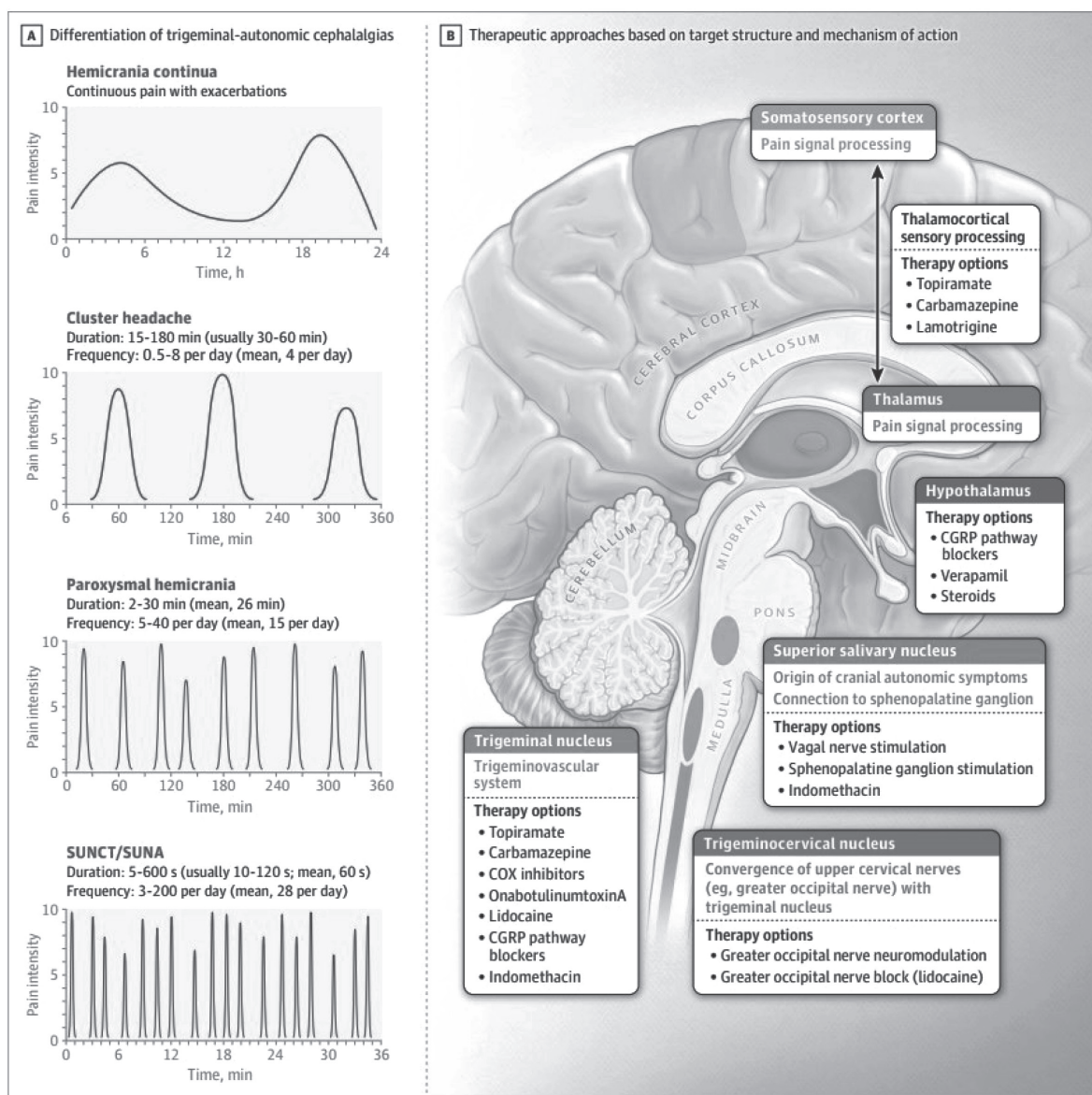
từng đợt hoặc mạn tính. Định nghĩa của đau đầu chuỗi, đau đầu chuỗi từng đợt và đau đầu chuỗi mạn tính được đưa ra bởi Hiệp hội Đau đầu Quốc tế. Trong đau đầu chuỗi mạn tính, các đợt đau đầu kéo dài trên 1 năm, không thoái lui hoặc thoái lui chỉ kéo dài dưới 1 tháng. Theo kết quả phân tích gộp của tác giả Fischera, tỷ lệ mắc trong đời của đau đầu chuỗi là 124/100000 người. Trong đó, khoảng 10% bệnh nhân mắc đau đầu chuỗi mạn tính, tương ứng tỷ lệ 10-15/100000 người.

2.2. Điều trị

Điều trị đau đầu chuỗi bao gồm điều trị cắt cơn tức thì và điều trị dự phòng nhằm hạn chế, ngăn ngừa các đợt tái phát. Phần lớn khuyến cáo điều trị dựa trên kết quả các nghiên cứu quan sát mở.

a. Điều trị cắt cơn tức thì

Các cơn đau đầu chuỗi thường khá ngắn với thời khoảng từ 15 đến 180 phút. Bởi vậy, các thuốc đường uống không phải là lựa chọn phù hợp do chúng cần thời gian quá dài để phát huy tác dụng mong muốn. Phương pháp điều trị rất hiệu quả và an toàn là thở oxy 100% qua mask che phủ mũi miệng bệnh nhân. Hiệu quả của liệu pháp này được đánh giá qua thử nghiệm đối chứng giả dược của tác giả Cohen và cộng sự.



Hình 1. Đặc điểm các dạng đau đầu thần kinh tam thoa với biểu hiện thần kinh tự chủ và các đích tác động điều trị 1

Các phương pháp điều trị sử dụng thuốc cho đau đầu chuỗi bao gồm sumatriptan tiêm dưới da hoặc sumatriptan/ zolmitriptan dạng xịt mũi. Kết quả phân tích gộp của tác giả Law chỉ ra tỷ lệ giảm đau sau 15 phút của nhóm sử dụng sumatriptan tiêm dưới da là 48%, so với 17% của nhóm giả dược. Sumatriptan dung nạp tốt nhưng chống chỉ

định ở bệnh nhân có bệnh tim mạch.

Tác dụng của sumatriptan 20mg dạng xịt mũi được thể hiện qua kết quả thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng của tác giả van Vliet: tỷ lệ cắt cơn đau sau 30 phút là 47% ở nhóm sumatriptan và 18% ở nhóm chứng. Tương tự, kết quả phân tích gộp trên 121 bệnh nhân chỉ ra tỷ lệ cải thiện triệu chứng đau

đầu sau 30 phút của zolmitriptan 10mg, 5mg dạng xịt mũi và giả được lần lượt là 63%, 48% và 30%.

Hiệu quả của kích thích thần kinh phế vị không xâm lấn trong điều trị cắt cơn và dự phòng đau đầu chuỗi được đánh giá qua 2 thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi có đối chứng ACT1 và ACT2 sử dụng thiết bị gammaCore (electroCore). Thử nghiệm ACT1 cho thấy giảm đau sau 15 phút gặp ở 26,7% bệnh nhân được điều trị kích thích thần kinh phế vị so với 15,1% bệnh nhân được kích thích giả (sham stimulation). Kích thích thần kinh phế vị hiệu quả hơn kích thích giả trong điều trị đau đầu chuỗi từng đợt với tỷ lệ đáp ứng lần lượt là 48% và 6%, theo kết quả thử nghiệm ACT2.

Kích thích hạch bướm khẩu cái được phát triển nhằm điều trị các cơn đau đầu chuỗi cấp tính. Trong nghiên cứu có đối chứng của tác giả Schoenen, giảm cường độ cơn đau trong vòng 15 phút gặp ở 67% số bệnh nhân được điều trị so với 7% số bệnh nhân được kích thích giả. Tỷ lệ tương ứng trong nghiên cứu có đối chứng khác của tác giả Goadsby là 62,5% và 38,9%. Tác dụng không mong muốn nghiêm trọng trong quá trình cấy ghép thiết bị (hít sặc khi đặt nội khí quản, nôn và buồn nôn, tổn thương tĩnh mạch, nhiễm trùng) xảy ra ở 3/36 bệnh nhân. Tóm lại, đây là phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên do đặc tính xâm lấn, kích thích hạch bướm khẩu cái chỉ nên được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với tất cả các phương pháp điều trị khác.

Để kết luận, thở oxy 100% rất có giá trị trong điều trị cắt cơn đau đầu chuỗi, bên cạnh đó sumatriptan tiêm dưới da cũng là phương pháp điều trị hiệu quả.

b. Điều trị dự phòng

Tất cả bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính cần được điều trị dự phòng. Khuyến cáo điều trị dự

phòng đau đầu chuỗi mạn tính chủ yếu dựa trên các báo cáo ca bệnh, thử nghiệm có đối chứng cỡ nhỏ hoặc nghiên cứu nhãn mở. Các thuốc điều trị có thể gây ra phản ứng bất lợi, đặc biệt ở liều cao nhất, bởi vậy cần theo dõi chặt chẽ bệnh nhân nhằm phát hiện sớm các phản ứng này.

Kết quả phân tích gộp của tác giả Pompilio từ 2 thử nghiệm nhãn mở đánh giá hiệu quả của verapamil chỉ ra 87% bệnh nhân hết cơn hoàn toàn hoặc giảm $\geq 50\%$ tần suất cơn đau đầu. Nghiên cứu của Trung tâm Đau đầu Đan Mạch quan sát thấy verapamil liều cao $\geq 500\text{mg}$ làm giảm $\geq 50\%$ tần suất cơn ở 44% bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính. Nghiên cứu nhỏ, nhãn mở của Ekblom báo cáo đáp ứng tích cực với điều trị lithium ở khoảng 75% bệnh nhân. Một phân tích hợp dựa trên 3 nghiên cứu mở với tổng cộng 103 bệnh nhân chỉ ra lithium có tác dụng ngăn ngừa hoặc làm giảm tối thiểu 50% tần suất cơn ở 77% trường hợp. Ở bệnh nhân được điều trị lithium, nồng độ thuốc trong huyết tương cần được theo dõi định kỳ liên quan tới độc tính tiềm ẩn của thuốc.

Tác dụng dự phòng của topiramate chỉ được đánh giá qua các thử nghiệm mở. Liều lượng được nghiên cứu trong khoảng từ 100 đến 200mg, tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ, hiệu quả của thuốc chưa thể được đánh giá. Gabapentin cho thấy tác dụng dự phòng theo kết quả 2 thử nghiệm nhỏ. Xuất phát từ nhịp sinh học của các cơn đau đầu chuỗi, melatonin đã được nghiên cứu trong điều trị dự phòng. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nhỏ trên 20 bệnh nhân, melatonin 10mg hiệu quả hơn giả được sau 14 ngày theo dõi.

Peptide liên quan gene calcitonin (CGRP) đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh không chỉ của đau đầu migraine mà còn của đau đầu chuỗi. Galcanezumab, một kháng thể đơn

dòng nhắm đích CGRP, đã được nghiên cứu trong điều trị đau đầu chuỗi từng đợt và mạn tính. Theo tác giả Dodick, ở dưới nhóm đau đầu chuỗi mạn tính, galcanezumab không cho thấy tác dụng vượt trội so với giả dược. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, nhóm giả dược có tỷ lệ đáp ứng cao. Trong một thử nghiệm nhân mở kéo dài đánh giá mức độ an toàn của galcanezumab trên 111 bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính, tại thời điểm tháng thứ 12, lần lượt 50% và 29% bệnh nhân báo cáo tình trạng cải thiện rất nhiều và cải thiện nhiều. Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là đau vị trí tiêm và viêm mũi họng. Galcanezumab được FDA phê duyệt trong điều trị dự phòng đau đầu chuỗi từng đợt. Hiện nay, các thử nghiệm lâm sàng về kháng thể đơn dòng eptinezumab vẫn đang được tiến hành. Ngoài ra, ketamine, một chất đối kháng thụ thể NMDA, pasireotide hay onabotulinumtoxin A cũng là các hướng nghiên cứu hứa hẹn.

Các phương pháp kích thích thần kinh xâm lấn/ không xâm lấn được chỉ định ở bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính không đáp ứng tốt hoặc không dung nạp với điều trị bằng thuốc.

Kích thích thần kinh chấm hai bên tác động thông qua cơ chế trung ương lẫn ngoại biên. Kỹ thuật được thực hiện bằng cách kích thích các điện cực dưới da nằm trên thần kinh chấm. Thử nghiệm đa trung tâm ngẫu nhiên mù đôi ICON tiến hành trên 131 bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính được chia thành 2 nhóm: kích thích với cường độ 100% (n = 65) và kích thích với cường độ 30% (n = 66). Tần suất cơn trung bình hàng tuần (The median weekly attack frequency) trung vị của dân số nghiên cứu giảm từ 15,75 cơn ban đầu xuống 7,38 cơn (p < 0,001) tại tuần 21 đến 24. Tác dụng không mong muốn phổ biến là đau tại chỗ, nhiễm trùng, cứng cổ, rối loạn chức năng bộ kích thích...

Hạn chế của nghiên cứu là không có nhóm chứng phù hợp. Một số nghiên cứu mở khác về hiệu quả dự phòng đau đầu chuỗi mạn tính của kích thích thần kinh chấm cho thấy tỷ lệ đạt kết quả giảm $\geq 50\%$ tần suất cơn dao động từ 40% tới 70%.

Trong thử nghiệm ngẫu nhiên, nhân mở, tiến cứu PREVA, kích thích thần kinh phế vị không xâm lấn được nghiên cứu với vai trò là phương pháp kết hợp trong điều trị dự phòng đau đầu chuỗi mạn tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy, so với nhóm điều trị tiêu chuẩn, nhóm kết hợp thêm kích thích thần kinh phế vị không xâm lấn giảm có ý nghĩa thống kê số lượng cơn mỗi tuần (-5,9 so với -2,1).

Lợi ích của kích thích xâm lấn vùng hạ đồi sau được thể hiện qua các báo cáo chùm ca bệnh lớn bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính kháng trị, tuy nhiên chưa được chứng minh trong pha phân nhóm ngẫu nhiên của thử nghiệm có đối chứng của tác giả Leone, dù vậy điều trị có hiệu quả được báo cáo ở 6/11 bệnh nhân trong pha thử nghiệm nhân mở kéo dài 10 tháng. Biến cố bất lợi nặng gặp ở 3 bệnh nhân của thử nghiệm này, bao gồm nhiễm khuẩn dưới da, cơn mất ý thức thoáng qua, cơn ngất sau tiểu tiện. Đáng chú ý, trong một nghiên cứu nhân mở trước đó, biến cố nguy hiểm tính mạng gặp ở 1/6 bệnh nhân thực hiện thủ thuật điều trị. Xuất phát từ nguy cơ xảy ra các biến cố nghiêm trọng, kích thích xâm lấn vùng hạ đồi sau chỉ nên được cân nhắc chỉ định ở các trường hợp thất bại với tất cả các phương pháp điều trị dự phòng bằng thuốc.

3. TIẾP CẬN XỬ TRÍ ĐAU NỬA ĐẦU KỊCH PHÁT (PAROXYSMAL HEMICRANIA)

3.1. Biểu hiện lâm sàng

Đau nửa đầu kịch phát được đặc trưng bởi các cơn đau ngắn, dữ dội vùng đầu, mặt với tần suất cao, trung bình 10 cơn, dao động từ 5 đến 40 cơn

mỗi ngày. Cơ đau xảy ra kèm theo các triệu chứng tự chủ như chảy nước mắt, sung huyết kết mạc, nghẹt mũi, chảy mũi. Cơ đau thường xảy ra một bên, hiếm khi hai bên, kéo dài 2-30 phút. Đau nửa đầu kịch phát được chia làm 2 dạng: từng đợt và mạn tính. Một trong các đặc điểm lâm sàng quan trọng của đau nửa đầu kịch phát là đáp ứng hoàn toàn với điều trị indomethacin thường xuyên.

3.2. Điều trị

Thời khoảng của các cơn đau nửa đầu kịch phát thường quá ngắn để các liệu pháp cắt cơn có thể có tác dụng. Bởi vậy, điều trị dự phòng là phương pháp cơ bản được khuyến cáo. Lựa chọn hiệu quả nhất là indomethacin. Liều được tăng dần từ 25mg 3 lần mỗi ngày tới 150mg mỗi ngày. Liều cao hơn, lên đến 300mg mỗi ngày đã được báo cáo trong y văn. Ở phần lớn bệnh nhân, liều duy trì từ 25 đến 100 mg mỗi ngày. Sau khi ngừng sử dụng indomethacin, triệu chứng đau nửa đầu kịch phát thường xuất hiện trở lại sau vài giờ đến vài ngày. Một số bệnh nhân không thể dung nạp indomethacin điều trị kéo dài do các phản ứng không mong muốn trên đường tiêu hoá dù được sử dụng kèm theo thuốc ức chế bơm proton.

Ngoài ra, các báo cáo ca bệnh cũng gợi ý hiệu quả của thuốc ức chế COX-2, topiramate, verapamil, và carbamazepine trong điều trị dự phòng. Tác dụng của phong bế hạch bướm khẩu cái, kích thích thần kinh chẩm, và kích thích thần kinh phế vị không xâm lấn cũng đã được báo cáo.

4. TIẾP CẬN XỬ TRÍ ĐAU NỬA ĐẦU LIÊN TỤC (HEMICRANIA CONTINUA)

4.1. Biểu hiện lâm sàng

Bệnh biểu hiện bằng đau đầu một bên liên tục, thường được mô tả kiểu bó chặt, khu trú ở vùng thái dương, ổ mắt, trán, thỉnh thoảng gặp ở vùng

chẩm, đỉnh, hậu nhân cầu. Diễn hình, các cơn đau đầu quá phát kiểu đau nhói, đau như dao đâm cường độ trung bình đến nặng xảy ra trên nền đau đầu liên tục kéo dài. Thời khoảng các cơn đau đầu quá phát dao động từ vài giây cho đến vài ngày, vài tuần. Đi kèm với đau đầu là các triệu chứng tự chủ cùng bên. Đặc trưng chẩn đoán quan trọng nhất là đáp ứng hoàn toàn, dù có thể thoáng qua, với indomethacin liều điều trị.

4.2. Điều trị

Hiện nay, tiến bộ trong điều trị đã mang đến các lựa chọn điều trị xâm lấn hoặc không xâm lấn ở bệnh nhân đau nửa đầu liên tục. Indomethacin thường được sử dụng để khẳng định chẩn đoán, dù vậy triệu chứng không nhất thiết phải đáp ứng ngay sau khi sử dụng thuốc. Trong một báo cáo chùm ca bệnh, chỉ 10% bệnh nhân đáp ứng trong 24 giờ đầu, 43% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn trong vòng 1 tuần, một số bệnh nhân cần tới 4 tuần. Điểm thú vị là các thuốc NSAID khác có hiệu quả điều trị kém hơn nhiều so với indomethacin, có lẽ xuất phát từ cơ chế tín hiệu liên quan tới nitric oxide đặc thù của indomethacin.

Với bệnh nhân không thể dung nạp hoặc có chống chỉ định với indomethacin, một số lựa chọn khác có thể cân nhắc bao gồm celecoxib, piroxicam, và topiramate. Topiramate có thể sử dụng phối hợp cùng indomethacin. Melatonin 6-9mg/ngày có hiệu quả khi sử dụng kèm indomethacin, cho phép giảm liều indomethacin ở 50% bệnh nhân. Các báo cáo ca bệnh cũng gợi ý tác dụng tích cực của corticosteroid, ibuprofen liều cao, aspirin, gabapentin, amitriptyline, acetaminophen, verapamil và onabotulinumtoxinA.

Phong bế thần kinh có thể đạt lợi ích kéo dài 2 đến 10 tháng ở bệnh nhân đau nửa đầu liên tục. Phong bế thần kinh chẩm lớn hoặc thần kinh trên

ổ mắt, đơn độc hoặc phối hợp, có thể cân nhắc. Nghiên cứu của các tác giả Miller, Burns cũng báo cáo đáp ứng tích cực với kích thích thần kinh chấm. Chùm ca bệnh nhỏ điều trị bằng botulinum toxin chỉ ra giảm 50% số ngày đau đầu trung bình hoặc nặng gặp ở 5/9 bệnh nhân. Trong nghiên cứu của tác giả Kamourieh, kích thích thần kinh phế vị không xâm lấn được sử dụng ở bệnh nhân đau nửa đầu liên tục không dung nạp indomethacin giúp giảm $\geq 50\%$ tần suất cơn/tháng ở 6/8 bệnh nhân.

5. TIẾP CẬN XỬ TRÍ CÁC CƠN ĐAU ĐẦU NGẮN KIỂU ĐAU THẦN KINH MỘT BÊN KÈM THEO TRIỆU CHỨNG TỰ CHỦ (SUNCT, SUNA)

5.1. Biểu hiện lâm sàng

Nhóm đau đầu này đặc trưng bởi các cơn đau đầu một bên mức độ trung bình hoặc nặng, phân bố ở khu vực ổ mắt, trên ổ mắt, thái dương, và/hoặc vùng chi phối khác của dây thần kinh tam thoa, kéo dài 1-600 giây với biểu hiện đau nhói đơn lẻ hoặc thành chuỗi. Triệu chứng kèm theo tương tự với các dạng ĐđTThTCh khác như sung huyết kết mạc, chảy nước mắt, chảy nước mũi, ngạt mũi, sụp mi, phù mi mắt. Hai dạng chính của nhóm bệnh này là SUNCT và SUNA.

SUNCT và SUNA là các hội chứng đau đầu nguyên phát hiếm gặp. Bệnh nhân gặp các cơn đau đầu, mặt rất ngắn và thường xuyên, đi cùng các triệu chứng tự chủ. Tiêu chuẩn chẩn đoán SUNCT và SUNA được đề cập trong Phân loại Quốc tế các hội chứng Đau đầu. Nếu như SUNCT có sự xuất hiện đồng thời của sung huyết kết mạc và chảy nước mắt, trong SUNA, chỉ 1 trong 2 triệu chứng biểu hiện. Tần suất cơn đau hàng ngày có thể dao động từ 1 đến 100 cơn tùy từng bệnh nhân. 60% bệnh nhân SUNCT hoặc SUNA từng đợt có thời gian không đau đầu kéo dài hàng tuần đến hàng tháng,

40% bệnh nhân thuộc dạng mạn tính. SUNCT/SUNA có thể chồng lấp với đau dây thần kinh tam thoa ở mức độ nhất định, với một số đặc điểm tương đồng như các cơn đau ngắn và tần suất dày, đau kiểu đau thần kinh và không liên quan tới nhịp sinh học. Hơn nữa, SUNCT và SUNA cũng có thể được khởi phát bởi các kích thích da mặt hoặc kích thích trong miệng cùng bên. Bởi vậy, SUNCT/SUNA và đau dây thần kinh tam thoa cũng chia sẻ một số nét tương đồng trong điều trị.

5.2. Điều trị

Tương tự đau nửa đầu kịch phát, thời khoảng của các cơn đau nửa đầu trong SUNCT/SUNA thường quá ngắn để cân nhắc các liệu pháp cắt cơn. Bởi vậy, điều trị dự phòng ngắn hạn và dài hạn là lựa chọn tối ưu. Trong dự phòng ngắn hạn, lidocaine truyền tĩnh mạch đã cho thấy hiệu quả qua kết quả nghiên cứu của Weng cũng như Williams. Sumatriptan 6mg tiêm dưới da, dihydroergotamine truyền tĩnh mạch, corticosteroids, indomethacin, và thở oxy không cho thấy hiệu quả.

Về dự phòng dài hạn, thử nghiệm có đối chứng của tác giả Weng chỉ ra topiramate có lợi ích so với giả dược. Một nghiên cứu nhân mở khác ghi nhận tác dụng của lamotrigine (độ hiệu quả 62%) và topiramate (độ hiệu quả 48%). Kết quả điều trị tích cực cũng được báo cáo với gabapentin, carbamazepine, oxcarbamazepine, duloxetine và zonisamide. Trong thực hành lâm sàng, phối hợp các thuốc dự phòng có thể cần thiết ở một số trường hợp.

Về điều trị can thiệp, hiệu quả của phong bế thần kinh chấm và phong bế thần kinh trên ổ mắt, dưới ổ mắt đã được ghi nhận. Tác động tích cực của phẫu thuật giải phóng chèn ép thần kinh tam thoa - mạch máu cũng được khẳng định qua kết quả nghiên cứu của tác giả Coppola. Thử nghiệm

lớn nhất hiện tại đánh giá về hiệu quả và an toàn của phẫu thuật giải phóng chèn ép thần kinh tam thoa - mạch máu trong điều trị SUNCT/SUNA là một nghiên cứu đơn trung tâm tiến cứu nhân mở không đối chứng thực hiện từ năm 2012 đến năm 2020 trên đối tượng bệnh nhân có hình ảnh xung đột thần kinh tam thoa - mạch máu trên cộng hưởng từ sọ não cùng bên với đau đầu. Mẫu nghiên cứu có tổng cộng 47 bệnh nhân, trong đó 31 bệnh nhân SUNCT và 16 bệnh nhân SUNA. Thời gian theo dõi trung bình hậu phẫu là 57 tháng. Sau phẫu thuật, 78,7% bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị.

Trong nghiên cứu của tác giả Miller, kích thích thần kinh chẩm lớn cũng phần nào cho thấy hiệu quả. Theo tác giả Ornello, 7/9 bệnh nhân điều trị bằng đốt sóng cao tần xung (pulsed radiofrequency - PRF) hạch bướm khẩu cái cho thấy đáp ứng tích cực. Trong một nghiên cứu quan sát nhân mở không đối chứng khác của tác giả Miller trên 11 bệnh nhân điều trị bằng kích thích não sâu khu vực bụng má, tỷ lệ đáp ứng (giảm tối thiểu 50% tần suất cơn hàng ngày) là 82% và 4 bệnh nhân hết đau hoàn toàn trong một thời gian dài.

Tóm lại, điều trị bằng thuốc nên được lựa chọn đầu tay, nếu không hiệu quả hoặc kém dung nạp,

các phương pháp điều biến thần kinh có thể được nghĩ tới, trong đó bằng chứng của kích thích thần kinh chẩm đã được ghi nhận. Nếu có hình ảnh mạch máu chèn ép thần kinh tam thoa trên cộng hưởng từ mạch não, phẫu thuật giải phóng chèn ép có thể được cân nhắc.

6. KẾT LUẬN

ĐĐTThTCh là nhóm đau đầu với các cơn đau nghiêm trọng nhưng lại hiếm gặp trong thực hành lâm sàng, dẫn tới thách thức trong việc thực hiện thử nghiệm có đối chứng, từ đó hạn chế các bằng chứng rõ ràng về lựa chọn phương án điều trị. Dù vậy, sự tích lũy dữ liệu từ các báo cáo chùm ca bệnh, thử nghiệm nhân mở trên khắp thế giới đã giúp nâng cao hiểu biết về dịch tễ, cơ chế bệnh sinh, tiên lượng và điều trị của nhóm bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW. Management of Trigeminal Autonomic Cephalalgias Including Chronic Cluster: A Review. JAMA Neurol. 2023;80(3):308-319. doi:10.1001/jamaneurol.2022.4804