

# BOLESTI HLAVY

Peter Špalek

Centrum pre neuromuskulárne ochorenia, Neurologická klinika SZU, FN Bratislava

Via pract., 2008, roč. 5 (S4): 24–29

## Úvod

**Bolesti hlavy** sú všeobecne najčastejšími zdravotnými ťažkosťami. Ich výskyt v populácii dosahuje až desiatky percent. Niektorí jedinci pociťujú bolesti hlavy zriedkavo až výnimočne, napr. v priebehu celkových infekcií, alebo ako reakciu na rôzne psychické a fyzické záťaž. V týchto situáciách je bolesť hlavy považovaná za normálnu fyziologickú reakciu a nie za chorobu. U iných jedincov, a, žiaľ, je ich mnoho, sa bolesť hlavy prejavuje vo forme frekventných epizód alebo kontinuálne dlhší čas a má charakter choroby. Medzi oboma spomenutými extrémami nie je definovaná hranica, čo súvisí tiež s obťažnou definíciou zdravia a choroby. Aj keď lekár vyhľadá len menšia časť (10 – 15 %) z uvedeného množstva, chorí s bolesťami hlavy patria k najčastejšej klientele v lekárskech ambulanciách. V USA navštívi ambulanciu praktického lekára týždenne 10 až 20 pacientov s bolesťou hlavy (1). Pre pacienta je bolesť hlavy chorobou, pre lekára musí byť iba príznakom choroby. Bolesť hlavy spravidla vzniká v senzitivných štruktúrach hlavy nociceptívnou stimuláciou rôzneho pôvodu. Iba veľmi zriedkavo ide o prenesenú bolesť pri poruchách štruktúr inej anatomickej lokalizácie (napr. srdcový infarkt, žlčníková kolika). Najčastejší výskyt má skupina **primárnych bolestí hlavy**, pri ktorých sa nezisťuje žiadna štruktúrna lézia, ani celkové ochorenie. **Sekundárne, alebo symptomatické bolesti hlavy** sú jedným z príznakov ochorenia, ktoré postihuje intrakraniálne a extrakraniálne štruktúry, alebo ide o celkové ochorenie (1, 2). Za bolesťou hlavy sa môže skrývať banálna afekcia, ale tiež veľmi závažné život ohrozujúce ochorenie. Prvoradou úlohou lekára je rozlíšenie medzi týmito dvomi možnosťami. Základná klasifikácia primárnych a sekundárnych bolestí hlavy je v tabuľke 1 (3).

## Primárne bolesti hlavy

Asi 15 – 20 % populácie trpí bolesťami hlavy buď vo forme častých epizód, záchvatov alebo kontinuálne dlhší čas. Tieto bolesti hlavy sa označujú ako pri-

**Tabuľka 1. Klasifikácia bolesti hlavy (zjednodušená podľa ICHD-II; International Classification of Headache Disorders) (3).**

### Primárne bolesti hlavy

1. Migréna – migréna s aurou; migréna bez aury
2. Tenzná bolesť hlavy – epizodická a chronická
3. Cluster headache a ostatné vegetatívne trigeminové neuralgie
4. Iné vzácne primárne bolesti hlavy – napr. benigná námahová bolesť hlavy

### Sekundárne bolesti hlavy

5. Spôsobené traumou hlavy a/alebo krčnej chrbtice (epi-/subdurálny hematóm; atď)
6. Zapríčinené vaskulárnymi ochoreniami – akútne ischemické a hemoragické NCMP, subarachnoidálne krvácanie – nerupturované vaskulárne formácie (AV malformácie, aneurizmy) – trombózy cerebrálnych vén; disekcie artérií; arteritidy
7. Intrakraniálne nevaskulárne procesy (primárne tumory, metastázy, abscesy, atď)
8. Pri abúze chemických substancií (drogy, lieky)
9. Pri intrakraniálnych (meningitídy, encefalitídy, abscesy) a systémových infekciách
10. Spôsobené poruchami homeostázy – arteriálna hypertenzia, dialyzačná cefalea, atď.
11. Spôsobené ochorením hlavy, tváre, šije, očí, uší, paranasálnych sínusov, zubov alebo iných hlavových či tvárových štruktúr
12. Pri psychiatrických ochoreniach
13. Kraniálne neuralgie a centrálné príčiny tvárovej bolesti
14. Iné bolesti hlavy – ktoré nie sú inde klasifikované

márne alebo funkčné, lebo ich primárnou príčinou je porucha neuroregulačných funkcií. Bolesť hlavy je ich hlavným, dominujúcim príznakom, niekedy prakticky

jediným. Preto ich diagnóza závisí od podrobného rozboru anamnestických údajov a od rozsahu vedomostí lekára. Najčastejšia primárnou bolesťou hlavy je migréna, na druhom je mieste je tenzná bolesť hlavy, zriedkavý výskyt má tzv. *cluster headache*.

## Migréna

**Migréna** sa spravidla prejavuje ako epizodická, záchvatovitá bolesť hlavy, najčastejšie pulzujúceho charakteru. Bolesť hlavy alebo pridružené príznaky môžu byť tak intenzívne, že pacientov obmedzujú v bežných denných aktivitách. Migrénou trpí asi 4 % mužov a 16 % žien, na Slovensku trpí migrénou asi 500 000 ľudí. Atak migrény trvá 4 – 72 hodín. Pri trvaní nad 72 hod. ide o *status migrenosus*. Medzi záchvatmi pacient spravidla nemá žiadne zdravotné ťažkosti. Bolesť často postihuje jednu polovicu hlavy, u väčšiny pacientov strany strieda, niekedy ide o difúznu bolesť hlavy. Typické je zvyrazňovanie bolesti počas záchvatu na zmyslové podnety – hluk, svetlo, prudké oslnenie, vône, zápachy, čo býva sprevádzané fotofóbiou a fonofóbiou. Migrenici mávajú odpor k jedlu, nauzeu, niekedy až zvracanie, ktoré spravidla prichádza na vrchole bolesti hlavy obvykle s následnou úľavou.

U väčšiny pacientov záchvat migrény vyprovokuje kombinácia viacerých faktorov, pričom jednotlivé faktory pacient spravidla dobre toleruje. Uplatňujú sa stres (alebo paradoxne úľava po strese), nepravidelná strava, hlad, niektoré druhy potravín (víno, čokoláda, zrelé syry), nadmerná fyzická vyčerpanosť, nedosta-

tok spánku, veľa spánku, prenikavé vône a klimatické podmienky.

Existujú dva základné typy migrény:

- 1. Migréna s aurou:** 20 % pacientov s migrénou má pred záchvatom bolesti hlavy auru. Najčastejšie ide o vizuálnu auru – prechodné, čiastočné výpady zraku (migrénový skotóm) alebo naopak iritačné zrakové fenomény (scintilačné skotómy, fotsipsie). Zriedkavejšie sú prejavy aury senzitívne (jednostranné parestézie alebo znecitlivenie), motorické (jednostranné oslabnutie končatín) a fatické poruchy.
- 2. Migréna bez aury (tzv. bežná migréna)** – má ju 80 % migrenikov. Diagnostické kritériá pre migrénu bez aury sú v tabuľke 2, pre migrénu s aurou sú v tabuľke 3. Diferenciálna diagnostika migrény oproti ďalším najčastejším typom bolesti hlavy je v tabuľke 4.

U žien v reprodukčnom veku majú pri vzniku migrény dôležitú úlohu hormonálne vplyvy, menštruácia. Pri menštruačnej migréne majú pacientky záchvaty výhradne v období 1. deň pred začiatkom až 4. deň po začatí menštruácie. **Menštruačná migréna** je spôsobená náhlym poklesom estrogénov, ktorý u predisponovaných žien spúšťa migrenózný záchvat. Menštruačná migréna môže mať aj občasnú záchvaty

**Tabuľka 3. Diagnostické kritériá migrény s aurou.**

A. Minimálne 2 ataky spĺňajúce kritériá B
B. Migrenózna aura spĺňajúca aspoň jedno z nasledujúcich kritérií: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. plne reverzibilné vizuálne pozitívne a/alebo negatívne príznaky</li> <li>2. plne reverzibilné senzitívne pozitívne a/alebo negatívne príznaky</li> <li>3. plne reverzibilné fatické poruchy</li> </ol>
C. Minimálne 2 kritériá z nasledujúcich, ale nie motorická slabosť: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Homonymné zrakové a/alebo unilaterálne senzitívne príznaky</li> <li>2. Minimálne 1 príznak aury rozvíjajúci sa v priebehu 5 a viac minút a/alebo rôzne príznaky aury, ktoré sa objavujú postupne za sebou</li> <li>3. Každý symptóm trvá od 5 do 60 minút</li> </ol>
D. Bolesť hlavy spĺňa kritériá B – D pre diagnózu Migréna bez aury a začína počas aury alebo nasleduje do 60 minút po aure
E. Vylúčená je iná príčina

**Tabuľka 2. Diagnostické kritériá migrény bez aury.**

A. Minimálne 5 atakov, ktoré spĺňajú kritériá B – D
B. Atak bolesti hlavy trvá 4 až 72 hod. (neliečený; neúspešne liečený)
C. Prítomnosť aspoň 2 z nasledujúcich príznakov bolesti: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jednostranná lokalizácia</li> <li>2. pulzujúci charakter</li> <li>3. stredná alebo silná intenzita</li> <li>4. akcentácia bolesti fyzickou aktivitou</li> </ol>
D. Prítomnosť aspoň jedného z nasledujúcich príznakov: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nauzea a/alebo zvracanie</li> <li>2. Fotofóbia a fonofóbia</li> </ol>
E. Vylúčená je iná príčina

migrény bez časového vzťahu k menštruácii. Práva menštruálna migréna sa prejavuje výhradne atakmi migrény viazanými na menštruáciu a vyskytuje sa asi u 15 % žien s migrénou (5). Príznaky pravej menštruálnej migrény sú identické s príznakmi migrény bez aury, ale ich intenzita je veľmi silná, pacientky zneschopňuje profesionálne aj spoločensky.

### Liečba migrény:

- a) *Liečba akútneho ataku:* Mierne záchvaty sa liečia antiemetikami v kombinácii s analgetikami (kyselina acetylsalicylová, paracetamol, ibuprofén, naproxén, diklofenak). Stredne ťažké a ťažké záchvaty migrény sa liečia *triptánmi* (agonisti 5-HT<sub>1B/1D</sub> receptorov). Zavedenie triptánov do klinickej praxe v 90. rokoch 20. storočia predstavuje veľký pokrok v liečbe akútnych atakov migrény s významnou úľavou pre väčšinu pacientov (5, 6). V súčasnosti je známych 7 triptánov: sumatriptán (Imigran, Cinie), eletriptán (Relpax), zolmitriptán (Zomig, Zomig Rapimelt), naratriptán (Naramig), rizatriptán (Maxalt, Maxalt PRD forma), frovatriptán (Frovamen) a almotriptán (Almogran).
- b) *Profylaktická liečba:* Pacienti s častými a ťažkými atakmi migrény vyžadujú profylaktickú medikamentóznou aj nefarmakologickú liečbu. Cieľom tejto liečby je postupné zníženie intenzity, frekvencie a doby trvania atakov migrény. V profylaktickej liečbe sa používajú najmä antiepilep-

tiká, beta-blokátory, antidepresíva a blokátory kalciových kanálov (1, 5). U menštruálnej migrény sa osvedčil v tzv. intermitentnej profylaxii frovatriptán podávaný po dobu 6 dní v období pred a počas menštruácie (5, 7). U niektorých pacientiek s menštruálnou migrénou môže byť prospešná profylaxia nesteroidnými antiflogistikami (5).

### Tenzná bolesť hlavy

**Tenzná bolesť hlavy** je po migréne druhou najčastejšou formou primárnej bolesti hlavy.

Vyskytuje sa ako epizodická a chronická forma. Práve chronická forma je najviac zanedbávanou a veľmi obtiažne liečiteľnou formou bolesti hlavy (8). Patogenéza tenznej bolesti hlavy je multifaktoriálna. Uplatňujú sa v nej periférne mechanizmy (myofasciálna nocicepcia), centrálné mechanizmy (senzitivizácia a znížený endogénny prah pre vnímanie bolesti) a častou komorbiditou je depresia. Pacienti majú subjektívne pocit obojstranného bolestivého difúzneho napätia hlavy, často vo forme „čiapky“. Bolesť pacienti charakterizujú ako zovretie, tlak, napätie, ktoré je najvýraznejšie v okcipitálnej oblasti. Niekedy majú pacienti tuhšie paravertebrálne svalstvo a diferenciálne diagnosticky je problém odlišiť tenznú bolesť hlavy od bolesti hlavy zo zdrojom v krčnej chrbtici (8). V liečbe sa uplatňuje lokálna masáž, môže byť prospešná

Tabuľka 4. Diferenciálna diagnostika najčastejších typov bolesti hlavy.

	Migréna	Tenzná bolesť hlavy	Cluster-headache	Lieková bolesť hlavy
<b>Trvanie</b>	4 – 72 hod.	epizod.: hod. – 7dni chron. > 7 dní	15 min. – 3 hod.	trvalá
<b>Intenzita</b>	stredná až veľmi silná	mierna až stredná	veľmi silná	stredná až veľmi silná
<b>Charakter</b>	obvykle pulzujúca	tupá, tlaková	bodavá, „vrťajúca“	tupá alebo pichajúca
<b>Lokalizácia</b>	často unilaterálne	difúzna, tlak „tlak tesnej čiapky“	prísne unilaterálna, (retro-)orbitálna	difúzna
<b>Spríevodné prejavy</b>	foto/fonofóbia; zvracanie; aura	žiadne, resp. minimálne	prísne unilat: nazálna kongescia, slzenie, z neurolog. pr. sčerven. oka, mióza	rôzne
<b>Frekvencia</b>	ojedinele až niekoľkokrát v týždni	epizod. < 15/mes. chron. > 15/mes.	výskyt v „klastroch“ (1 – 8-krát za 24 hod.)	denne
<b>Vyvolávajúce faktory</b>	stres, hormóny	strava, depresia	stres, alkohol	histamín, nitráty, abúzus liekov, aj analgetík

**Tabuľka 5. Varovné príznaky pri sekundárnych bolestiach hlavy.**

<b>I. Red flags (červené zástavy)</b>
1. Úraz hlavy alebo krčnej chrbtice
2. Vznik novej bolesti hlavy alebo výrazné zhoršenie už preexistujúcej bolesti hlavy
3. Progresívne zhoršujúca/zvýrazňujúca sa bolesť hlavy
4. Výrazná zmena charakteru predchádzajúcej bolesti hlavy
5. Prudká hyperakútna bolesť – „thunderclap headache“
6. Bolesť hlavy vyvolávaná námahou, kašľom, Valsalvovým manévrom
7. Vek nad 50 rokov
8. Neurologické prejavy – epileptické záchvaty, zmätenosť, zastreté vedomie, neobratnosť alebo slabosť končatín, edém papily očného nervu
9. Systémové príznaky – horúčka, úbytok na váhe, palpačná citlivosť arteria temporalis, opozícia šíje
10. Sekundárne rizikové faktory ako anamnéza malígneho nádorového ochorenia alebo HIV
<b>II. Yellow flags (žlté zástavy)</b>
1. Zobúdzanie z nočného spánku pre bolesti hlavy
2. Bolesť objavujúca sa vždy v tej istej lokalizácii
3. Výrazné zmeny v intenzite bolesti hlavy pri zmenách polohy

fyzikálna a pohybová liečba, nesteroidné antiflogistiká, myorelaxancia a medikamentózne sú účinné tricyklické antidepressíva, najmä amitriptylín v dávke 50 – 75 mg/deň (8). Pri chronickej forme je dôležité aj odstránenie stresogénnych faktorov a adekvátna psychoterapia.

### **Sekundárne bolesti hlavy**

Sekundárne bolesti hlavy sa vyskytujú oveľa zriedkavejšie ako primárne. Bolesť hlavy môže byť v niektorých prípadoch jedným z prvých príznakov a niekedy len jediným príznakom závažného život ohrozujúceho vnútrolebkového ochorenia (2, 9, 10, 11) (tabuľka 5). Varujúca je prudká bolesť hlavy u jedinca, ktorý nikdy netrpel na bolesti hlavy. U migrenikoch je varovný údaj o vzniku úplne novej bolesti hlavy s inými kvalitatívnymi charakteristikami v po-

rovnaní s bolesťou hlavy, na ktorú pacient trpel pri záchvatoch migrény.

Náhlu a silnú bolesť je potrebné vždy považovať za alarmujúci príznak, najmä vtedy, ak sa po prudkom vzniku ešte stupňuje. Táto bolesť sa označuje v literatúre ako „bolesť hlavy typu úderu hromu (*thunderclap headache*)“ a jej najčastejšou príčinou je intrakraniálne krvácanie – subarachnoidálne krvácanie, intracerebrálne hematómy (2, 9, 10). Niekedy sa za týmto typom klinickým obrazom môže skrývať aj benígna bolesť hlavy – migréna (10).

Dôležité sú údaje o okolnostiach, ktoré predchádzali vzniku bolesti hlavy (úraz hlavy, epileptický záchvat) alebo ju sprevádzajú (meningeálne príznaky, teplota, neurologické ložiskové príznaky, poruchy psychiky – zmätenosť, zastreté vedomie, delírium, poruchy pamäti, bradypsichizmus). Pacienti s bolesťami hlavy v kombinácii s uvedenými príznakmi vyžadujú vždy urgentné diagnostické riešenie.

Za závažný klinický stav je potrebné považovať aj takú bolesť hlavy, pri ktorej bolesť hlavy začala nenápadne, je však trvalá a stále sa stupňuje, a to najmä vtedy, ak sa pridružia niektoré z vyššie uvedených prejavov. Takto sa môžu prejavovať primárne intrakraniálne nádory, cerebrálne metastázy a chronický subdurálny hematóm (2, 9, 11).

Uvedené klinické stavy spravidla vyžadujú urgentné CT vyšetrenie mozgu alebo vyšetrenie cerebrospinálneho likvoru. CT nález môže byť u niektorých ochorení (napr. trombózy cerebrálnych vén) falošne negatívny, preto u niektorých pacientov k definitívnemu určeniu správnej diagnózy je potrebné vyšetrenie mozgu magnetickou rezonanciou (9, 11).

### **Lieková bolesť hlavy**

**Lieková bolesť hlavy (bolesť hlavy z nadmerného užívania liekov, transformovaná migréna)** vzniká ako výsledok interakcie medzi expozíciou (abúzus kombinovaných analgetík, abúzus triptánov) a biologicky vnímavým jedincom (pacient s migrénou) (12). U pacientov s epizodickou migrénou, zriedka aj u pacientov s tenznou cefaleou, vedie liekový abúzus k chronickej denným bolestiam hlavy. Ďalší relevantný rizikový faktor pre vznik liekovej bolesti hlavy predstavujú psychiatrická komorbídita (najmä anxiózne poruchy a/alebo depresia). Preto pri liečbe migrény nesmie používanie analgetík, triptánov presahovať viac ako 10 dní mesačne. V opačnom prí-

pade u disponovaných jedincov vzniká lieková bolesť hlavy (transformovaná migréna). V Európe a v USA tvoria pacienti s liekovou bolesťou hlavy 30 až 80 % klientely na klinikách pre bolesti hlavy. Bolesť hlavy je trvalá, prejavuje sa tupým tlakom alebo pichavou bolesťou v záhlaví, často s vyžarovaním vo forme „obruče“. Intenzita bolesti je stredná až silná, niekedy pacientov zneschopňuje. U niektorých migrenikov nadsádzaný liek chronifikuje a zväčšuje charakter preexistujúcej bolesti (12). V liečbe je nutná detoxikácia, „premostujúca“ liečba počas detoxikácie,

energetické farmakologické (správna liečba pôvodnej bolesti hlavy) a nefarmakologické preventívne opatrenia, a tiež edukačné programy.

**doc. MUDr. Peter Špalek, CSc.**

Centrum pre neuromuskulárne ochorenia,  
Neurologická klinika SZU, FN Ružinov  
Ružinovská 6, Bratislava  
e-mail: peter.spalek@seznam.cz

### Literatúra

1. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Wolff's headache and other head pain. Oxford: Univesity Press 2001: 1–626.
2. Špalek P. Bolesť hlavy pri organických ochoreniach centrálného nervového systému. Lek Obzor 1990; 39: 379–388.
3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society: The international classification of headache disorders. Cephalgia 2004; Suppl 1: 1–160.
4. Young WB, Silberstein SD. Migraine: spectrum of symptoms and diagnosis. In: Continuum Headache 2006; 12: 67–86.
5. Špalek P. Liečba menštruačnej a predmenštruačnej migrény. Via pract 2008; 3: 135–138.
6. Mett A, Tfelt-Hansen P. Acute migraine therapy: recent evidence from randomized comparative trials. Curr Opin Neurol 2008; 21: 331–337.
7. Silberstein SD, Elkind AH, Schreiber C, Keywood C. A randomized trial of frovatriptan for the intermittent prevention of menstrual migraine. Neurology 2004; 63: 261–269.
8. Fumal A, Schonen J. Tension-type headache: current research an clinical management. Lancet Neurology 2008; 7: 70–83.
9. Sternberg S, Bingel U, May A. Kopfschmerz als Warnsymptom: Red flags. Akt Neurol 2007; 34: 107–118.
10. Schwedt TJ, Matharu MS, Dodick DW. Thunderclap headache. Lancet Neurology 2006; 5: 621–631.
11. Bartleson JD. When and how to investigate the patient with headache. Sem Neurol 2006; 26: 163–170.
12. Špalek P. Lieková bolesť hlavy. Neurológia 2008; 3: 11–14.