

A fejfájások differenciáldiagnosztikája

DR. ÁFRA JUDIT

A fejfájás legtöbbször önálló betegség, de más betegségek vagy sérülések tünete is lehet. A cikk a tüneti és a primer fejfájások főbb típusainak elkülönítéséhez szükséges tudnivalókat foglalja össze, elsősorban a nem neurológus olvasók számára.

A fejfájás az egyik leggyakoribb panasz, ami miatt a betegek orvoshoz fordulnak, ez vonatkozik az akut esetekre éppúgy, mint a krónikus fejfájásra. A fejfájás miatt sürgősséggel orvoshoz forduló betegek többségénél a régóta ismert önálló fejfájásbetegség (pl. migrén) újabb megnyilvánulásáról van szó, azonban az első ellátó orvos feladata és felelőssége annak eldöntése, hogy nem más betegség, akár életveszélyes állapot okozza-e a fejfájást. A beteg és/vagy a hozzátartozók kikérdezése során a következő kérdéseket mindenképpen fel kell tenni:

- Mikor és hogyan kezdődött a fejfájás?
- Élete első és/vagy legrosszabb fejfájása a mostani?
- Van-e más panasza a fejfájáson kívül?
- Érte-e ütés a fejét az elmúlt napokban?
- Tud-e más betegségről?

Az anamnézis és a szükséges vizsgálatok alapján a fejfájásokat két nagy csoportra oszthatjuk: tüneti fejfájásokra és önálló fejfájásbetegségekre, amikor maga a fejfájás a betegség. Mindezeket a fejfájásokat az International Headache Society 2014-es klasszifikációja alapján soroljuk csoportokba.

TÜNETI FEJFÁJÁSOK

Tüneti fejfájások a következő betegségekhez/állapotokhoz társulhatnak: (1) koponya- és/vagy nyaki sérülések; (2) vaszkuláris betegségek; (3) nem ér eredetű intrakraniális betegségek; (4) kémiai anyagok (gyógyszerek) és azok megvonása; (5) fertőzések; (6) a homeosztázis zavarai; (7) a szem, fül, orr, melléküregek, fogak és a rágóizület betegségei.

KOPONYA- ÉS/VAGY NYAKI SÉRÜLÉSEK

A fejet ért ütéset esetleg csak napok múlva követő fejfájás leggyakrabban a posztkommóciós szindróma részeként jelentkezik, ritkán önálló tünet, legtöbbször hányinger, szédülés kíséri, neurológiai göctünet nincs. Gyakran alakul ki fiatal felnőtteknél, ha a kómmóciót követően nincs legalább néhány napos ágynyugalom.

Előfordulhat fejfájás epidurális vagy akut szubdurális vérzés kapcsán is, de ezekben az esetekben inkább a vérzés térfoglaló jellegéből fakadó és sokszor gyorsan kialakuló neurológiai göctünetek, illetve tudatzavar a vezető tünetek. Epidurális vérzést általában tompa, de erős ütés idéz elő. Legtöbbször a koponyacsont belső oldalán



DR. ÁFRA JUDIT

PhD, főorvos, Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest

futó arteria meningea media sérül, a dura ép marad, ezért kerül a vér az epidurális térbe. Jóval ritkábban vénás eredetű is lehet a vérzés a szinuszok sérülésének következményeként. Nagyobb erejű és nagy sebességű tompa ütés vezet leggyakrabban szubdurális vérzéshez, melynek forrása általában vénás, és társulhat hozzá az agy kontúziós sérülése is. Szubdurális hematoma

előfordulhat krónikus formában is, gyakran idősebb betegeknél. A beteg talán már nem is emlékszik a fejet ért mérsékeltbb erejű ütésre, amely ritkábban akut, gyakrabban progresszív jellegű fejfájást okoz, nemritkán neurológiai góctünetekkel.

A nyaki sérülések közül az ostorcsapás trauma okozhat akut vagy krónikus fejfájást. Nincs megbízható diagnosztikus teszt, csak az anamnézis alapján állítható fel a diagnózis. Nyaki sérülés esetén mindig gondolni kell nyaki ér disszekciójára is.

Koponyatrauma után közvetlenül vagy hetek múlva is kialakulhat poszttraumás fejfájás, ezekben az esetekben semmilyen traumás intrakraniális szövődmény nem bizonyítható.

VASZKULÁRIS BETEGSÉGEK

Hirtelen fellépő, erős (akár a beteg élete legerősebb fejfájásaként jellemzett) fejfájás esetén elsőként szubarachnoideális vérzésre kell gondolni, melynek sokszor egyetlen tünete a fejfájás, de kísérheti hányinger, hányás, kialakulhat tudatzavar, és neurológiai góctüneteket, illetve tarkókötöttséget észlelhetünk. A sürgősséggel elvégzett koponya-CT igazolhatja a vérzést, de ha a CT negatív, ugyanakkor a klinikai gyanú megalapozott, lumbálpunkció is végzendő. A szubarachnoideális vérzések 80–85%-ában igazolódik szakkuláris aneurizma ruptúrája, ennek mielőbbi ellátása alapvető, mert az aneurizma reruptúrájából eredő újravérzés jelentősen rontja a prognózist.

Az állományi vérzés leggyakoribb oka a hipertónia, de aneurizmából vagy arteriovenózus érmalformációból eredő vérzés is törhet az agyállományba. A hipertóniás vérzés leggyakrabban a törzsdúcokban fordul elő. Minden olyan állapot, amely fokozott vérzésveszéllyel jár – pl. az antikoagulálás – az intrakraniális vérzés kockázatát is növeli.

Sokszor fejfájás miatt készült képzett vizsgálat során igazolódik szakkuláris aneurizma vérzés nélkül. Ez lehetőséget ad az igazi preventív műtéti ellátásra, ami

természetesen nem veszélytelen, de megakadályozhatja a jóval nagyobb kockázatot jelentő szubarachnoideális vérzés kialakulását. Nincs olyan fejfájásforma, ami egyértelműen nem vérzett aneurizmára utal. Megkülönböztetik a „villámcsapás-fejfájást”, amely megegyezik a szubarachnoideális vérzést kísérő fejfájással, de háttérében nem igazolható vérzés. Egyes vélemények szerint az ilyen fejfájások előrejelzik az aneurizma ruptúráját, de ezt még nem igazolták nagyszámú beteg kórtörténete alapján.

Az arteriovenózus malformációk legalább 50%-a elsősorban migrénnek megfelelő vagy arra emlékeztető fejfájást okoz, amit gyakran vizuális auratünetek vezetnek be. A malformációk esetében is a vérzésveszély csökkentése vagy elhárítása a cél, ami embolizációval, irradiációval és műtéti beavatkozással történhet – gyakran kombináltan alkalmazzák ezeket a módszereket –, de sajnos nem minden esetben.

Az arteritis temporalis (óriássejtes arteritisz) elsősorban az idősebb kor betegsége. Új keletű fejfájás jellemzi, amihez a temporális artériák megduzzadása, előemelkedése, nyomásérzékenysége, illetve sok esetben általános izom- vagy ízületi fájdalom társul. Különösen a rágóizület lehet fájdalmas, illetve a rágóizmok fáradékonyak. A betegség legnagyobb veszélye a látásvesztés, ha a gyulladás a szemet ellátó erekre is áttér. Fel nem ismert óriássejtes arteritisz kétoldali vaksághoz vezethet! A diagnózis a jelentősen gyorsult véresejtüledésen alapul (sokszor 100 mm/óra vagy még több), már a betegség gyanúja esetén is tanácsos szteroidkezelést indítani.

A nyaki és az agyi erek disszekciója az iszkémiás stroke gyakori oka, a 30 évesnél fiatalabb betegek között 20%-ban igazolódott, de valószínűleg ennél is gyakrabban fordul elő. Leggyakoribb a carotidisszekció, ez az ér intrakraniális szakaszára is kiterjedhet, az esetek 9–21%-ában kétoldali. A leggyakoribb klinikai tünetek a hirtelen kezdetű fejfájás (arteria vertebralis ese-

tében inkább nyaki fájdalom) a disszekció oldalán, azonos oldali Horner-triász és sokszor csak órák vagy napok múlva kialakuló fokális agyi vagy retinális iszkémia tünetei. Az anamnézisben sokszor szerepel nyaki trauma. A diagnózis Duplex ultrahanggal, transzkraniális Dopplerrel és MR-angiográfiával állítható fel.

A sinus-trombózis leggyakoribb első és az esetek egy részében egyetlen tünete a fejfájás, ami lehet enyhe, de lehet nagyon erős is. Szemfenéki pangás, epilepsziás roham, neurológiai góctünetek, tudatzavar szintén előfordulhatnak. A trombózis kialakulásának több oka lehet, veszélyeztetettek a fogamzásgátlót szedő nők, főként ha más vaszkuláris kockázati tényezők (pl. dohányzás, obesitas) is jelen vannak, illetve a szülés körüli időszakban is gondolni kell rá. A diagnózis felállításában elsősorban a koponya-MRI nyújt segítséget (vénás fázisú képekkel kiegészítve).

Agyi keringészavar esetében a fejfájás 17–34%-ban fordul elő, gyakrabban a vertebro-baziláris terület érintettsége esetén. A fejfájás nem jellegzetes, általában nem is erős. Gyakrabban fordul elő olyan betegek esetében, akik valamilyen önálló fejfájásbetegségben (pl. migrénben) is szenvednek.

NEM ÉR EREDETŰ

INTRAKRANIÁLIS BETEGSÉGEK

A likvorkeringés zavarai is okozhatnak fejfájást – a likvorhipertenzió éppúgy, mint a likvorhipotenzió. Túl sok likvor termelődése (pl. plexus-papillóma), de inkább a likvorkeringés akadályozottsága (pl. térfoglaló folyamat, agyödéma) vagy a felszívódás zavarai (korábbi meningitisz, szubarachnoideális vérzés) következtében megnövekszik a likvor mennyisége a zárt intrakraniális térben. Ez az agyburkokra, a nagyerekre, fájdalomérző agyidegekre gyakorolt nyomás révén okoz fejfájást, amihez társulhat tudatzavar is, elsősorban akkor, ha hirtelen alakult ki a likvorhipertenzió,

vagy a kompenzációs mechanizmusok kimerültek. Jellegzetes lehet, hogy köhögés, tüsszentés, hasprés, illetve fekvő helyzet az intrakraniális nyomás növelése révén a fejfájást fokozza vagy kiváltja.

Külön említést érdemel a fiatal, gyakran elhízott nők benignus intrakraniális hipertenziója. A fejfájás mellett a nervus opticusra gyakorolt kompresszió, szemfenéki krónikus pangás révén sokszor jelentős látásromlás alakulhat ki. Kezelésében a testsúlycsökkentés, vízajtó, esetleg az opticus-hüvely fenesztrációja vagy sönt beültetése jön szóba.

A likvorhipotenzio leggyakoribb oka a lumbálpunkciót követő likvorvesztés, de előfordulhat a korábban vízfejűség miatt behelyezett sönt „túlműködése” vagy likvorfisztula esetén is, és spontán is kialakulhat. Fekvő helyzetben a fejfájás csökken vagy megszűnik; ülő, de főként álló helyzetben pedig jelentősen fokozódik. Kísérheti hányinger, szédülés, fülzúgás, homályos látás. Kialakulásában az agyat körülölelő likvor „párna funkciójának” elégtelen volta játszik szerepet, mivel az agy így a basisra „süllyed”, vongálódnak a fájdalomra érzékeny nagyerek és az agyburkok. Javulása a likvorvesztés megszüntetésétől várható. Posztlumbálpunkciós fejfájásban elég lehet a fektetés, infúziós folyadékpótlás, esetleg koffein adása, de makacs esetekben epidurálisán saját vér befecskendezése is szükségessé válhat a punkció helyén, az így képződő tamponád megakadályozza a szivárgást.

A fejfájást korábban az agydaganatok vezető tünetének tartották, de a modern képalkotó diagnosztika korában az agydaganatok jelentős részét az első epilepsziás roham után ismerik fel. Igen ritkán hirtelen kialakuló fejfájás is lehet az agydaganat első tünete. Az agy állománya nem fájdalomérzékeny, így a daganatok közvetve okoznak fejfájást. Ennek mechanizmusa leggyakrabban a nagyerekre, az agyburkokra, esetleg a fájdalomérző

rostokkal is rendelkező III., IX., X. agyidegre gyakorolt nyomás, amit közvetlenül vagy a likvorkeringés akadályozása, illetve perifokális ödéma révén fejtenek ki. Az infratentoriális vagy az aquaeductus Sylvii környékén elhelyezkedő daganatok jóval gyakrabban okoznak fejfájást, mint a szupratentoriálisak; további fontos szempont, hogy a daganat milyen ütemben növekszik. Lassan növekvő daganatok esetében a kompenzációs mechanizmusok révén hosszabb ideig is szinte tünetmentes lehet a beteg, azonban a Monroe–Kelly-elv alapján az intrakraniális térfoglaló folyamatok növekedésének határt szab a merev koponyacsont által meghatározott zárt tér.

Az agydaganatok okozta fejfájás nem jellegzetes, leginkább a tenziós fejfájásra emlékeztet. Nagyobb valószínűséggel fordul elő fejfájás koponyaúri térfoglaló folyamat esetében is azokban az esetekben, amikor az anamnézisben valamilyen önálló fejfájásbetegség szerepel.

Külön figyelmet érdemelnek a közep-vonalban elhelyezkedő daganatok közül a hipofízis daganatai, melyek hosszabb tünetmentes növekedés után bevérzés révén hirtelen megnövekedve erős és hirtelen fellépő fejfájást okozhatnak. A III. kamrában elhelyezkedő koloid ciszták vagy egyéb, a Monroe-nyílást időszakosan vagy véglegesen elzáró tumorok a likvorkeringés blokkolása révén szintén hirtelen kialakuló és sok esetben gyorsan mélyülő tudatzavarral is kísért fejfájást okozhatnak. Hasonló tüneteket okozhatnak a likvorkeringést szintén könnyen akadályozó IV. kamra környéki folyamatok.

KÉMIAI ANYAGOK (GYÓGYSZEREK) ÉS AZOK MEGVONÁSA

A legtöbb gyógyszer okozhat mellékhatásként fejfájást (sokszor fájdalomcsillapító váltja ki azt). Vannak azonban olyan gyógyszercsoportok, amelyek valóban gyakran okoznak fejfájást, akár azonnal, akár késleltetve, különösen migréneseknél,

01. TÁBLÁZAT ▼

Fejfájást gyakran okozó gyógyszerek, kémiai anyagok

- ▶ Nitritek és nitrátok (NO-donorok)
- ▶ Foszfodiészteráz- (PDE-) inhibitorok (sildenafil, dipyridamol)
- ▶ Szén-monoxid
- ▶ Alkohol
- ▶ Nátrium-glutamát („kínaiétterem-szindróma”)
- ▶ Kokain
- ▶ Kannabisz
- ▶ Hisztamin

esetleg más, ritkább önálló fejfájásbetegségben, pl. cluster fejfájásban szenvedő betegeknél. A klinikai vizsgálatokban is széles körben alkalmazzák pl. a nitroglicerint a fejfájások provokálására. Leggyakrabban az 1. táblázatban felsorolt gyógyszercsoportok/kémiai anyagok váltanak ki fejfájást.

Külön figyelmet érdemel a túlzott fájdalomcsillapító-szedéshez társuló fejfájás. Ez az önálló fejfájásbetegségben szenvedőket érinti, akik az eleve gyakori vagy fokozatosan gyakoribbá váló fejfájásaik miatt egyre gyakrabban szednek fájdalomcsillapítókat is. A folyamat hasonlít a más élvezeti szerekhez/kábítószerhez való hozzászokás mechanizmusához, aminek eredményeként a gyógyszerek hatékonysága csökken, az igényelt mennyiség növekszik, és a naponta nagy mennyiségben (akár napi 10 tabletta) szedett fájdalomcsillapító ellenére állandó és sokszor egyre erősödő fejfájás jelentkezik.

A kombinált (leginkább a morfin-származékot is tartalmazó) fájdalomcsillapítók, az ergotamin-/dihydroergotamin-származékok és triptánok havi 10 napot meghaladó használata hozzászokáshoz vezet. Egyszerű fájdalomcsillapítók esetében havi 15 nap a határ. Ez nem a bevett tabletták számát, hanem az alkalmak számát jelenti, tehát ha egy migrénes beteg 12 napon veszi be (alkalmanként fél tab-

letta formájában) az adott triptánt, sokkal inkább hozzászokhat, mint ha ugyanazt a 6 tablettát 6 nap alatt veszi be. Ennek alapján érthető, hogy a visszatérő fejfájások esetében miért nem javasoljuk a kábító fájdalomcsillapítók használatát. A nagymértékű fájdalomcsillapító-fogyasztásnak jelentős máj- és vesekárosító hatása is lehet, ebből a szempontból már lényeges, hogy egy napon hány tablettát vesz be a beteg.

FERTŐZÉSEK

Új keletű fejfájás, amit láz, esetleg hányinger, hányás, bőrkiütés, fény iránti túlérzékenység kísér, meningitiszre gyanús, ezért lumbálpunkció, szerológiai vizsgálat és ennek megfelelő kezelés szükséges. A fejfájás általában diffúz, erősödő vagy kezdetől fogva heves. A vizsgálatkor gyakori a tarkóköttöttség. A fájdalom oka, hogy a kórokozók közvetlenül ingerlik az agyburkok fájdalomérző receptorait, emellett a bakteriális toxinok és a gyulladásos folyamat mediátorai (pl. bradikinin, prosztaglandinok, citokinek) további neurotranszmitterek felszabadulásához és így a fájdalom erősödéséhez, illetve szenzitizáció kialakulásához is vezetnek. Főként ez utóbbi játszhat szerepet abban, hogy a fejfájás a meningitisz gyógyulása után sem szűnik meg.

Enkefalitiszek esetében a fejfájáshoz neurológiai góctünetek, tudatzavar is társulhatnak, a likvor vizsgálatán kívül az EEG és az MR is jellegzetes elváltozásokat mutathat. A fejfájás jórészt a kialakuló agyödéma következménye.

Az intrakraniális tályog részben térfoglaló hatása, részben a gennyes gyulladás miatt okoz tüneteket. Kialakulhat nyílt koponyasérülés, esetleg műtéti fertőződés, a fül, az orrmelléküregek, a fogak vagy a koponyacsont gennyes folyamatának áttérjedése révén vagy metasztatikusan, legtöbbször a tüdő, a szívburkok és a kismedence gennyes folyamataiból kiindulva.

Az influenza igen gyakori, és egyik vezető tünete a fejfájás, de ez kialakulhat más,

bakteriális eredetű fertőzések esetében is. A fejfájás oka részben a láz, de feltehető, hogy a kórokozók vagy azok toxinjai direkt módon is ingerlik a fájdalomra érzékeny kraniális struktúrákat.

A HOMEOSZTÁZIS ZAVARAI

A 70 Hgmm alatti PaO₂ és az 50 Hgmm feletti PaCO₂ egyaránt fejfájáshoz vezet, nagy valószínűséggel vazodilatáció révén. Hipoxia alakulhat ki hirtelen nagy magasságokban, de krónikus betegségekben is okozhat fejfájást. Hiperkapnia önmagában leggyakrabban bűvarkodás kapcsán alakul ki. A hipoxia és a hiperkapnia is szerepet játszhat az alvási apnoéhoz kapcsolódó fejfájás kialakulásában is, amihez alvászavar is hozzájárulhat.

A fejfájás és a hipertónia több módon is kapcsolódhat egymáshoz: fejfájás kísérheti a súlyos vagy hirtelen kialakuló magas vérnyomást, előfordulhat reaktív vérnyomás-emelkedés a heves fájdalom miatt, és fejfájás lehet az antihipertenzív gyógyszerek (leggyakrabban a gyors hatású kalciumantagonisták) mellékhatása is. Korábban a fejfájást a hipertónia egyik gyakori tünetének tartották, ezt azonban nagy betegszámú vizsgálatok nem támasztották alá. Gyakori panasz viszont a fejfájás verejtékezéssel, palpitációérzéssel, szorongással, elsápadással feokromocitóma esetében. A fejfájás kialakulásához hipertónia esetében vazodilatáció, illetve az agyi autoreguláció elégtelen működése következtében kialakuló koponyaúri nyomásfokozódás vezet.

A SZEM, FÜL, ORR, MELLÉKÜREGEK, FOGAK, RÁGÓÍZÜLET ÉS A NYAK BETEGSÉGEI

A szem betegségei közül az akut glaukómás roham a legfontosabb, ezt nagyon heves szem körüli fájdalom, a conjunctiva belövelltsége és homályos látás jellemzi, a szemgolyó kemény tapintatú. Sürgős szemészeti ellátás nélkül vakáshoz vezet! Enyhébb fejfájást okozhatnak a nem

korrigált töréshibák, a korrekciót követő 1-2 héten belül a fej- vagy szemfájdalom általában megszűnik. A szem gyulladásos folyamatai szintén okozhatnak szem körüli, esetleg a feje is vonatkozó fájdalmat.

A fül-orr-gégészeti betegségek közül a szinuszitisz okoz legtöbbször arc- és/vagy fejfájást, ebben az esetben jellegzetes, hogy előrehajlaskor a fájdalom fokozódik. Hirtelen kezdetű és erős, általában fejtető táji fejfájást okozhat a sinus sphenoidalis gyulladásos folyamata.

A rágóízület degeneratív betegsége sokszor okoz tompa, máskor erősebb fájdalmat, ami főként hosszabb idő után már nemcsak a rágóízületre, hanem az arc vagy a fej nagy részére is sugárzik. Ilyenkor a diagnózis felállítása már nehezebb. Segíthet a lokális nyomásérzékenység, a rágóízület mozgásának beszűkülése, a szájnyitáskor hallható „kattanás” és a célzott röntgen.

A nyaki spondilózis, kisízületi artrózis jóval ritkábban okoz fejfájást, mint ahogy azt a klinikai gyakorlatban véleményezik. Gyakori viszont a C2-3 szegmentumokból eredő n. occipitalis major irritációja következtében kialakuló okcipitális neuralgia. Az éles, hasító fájdalom általában fél oldalon, ritkábban mindkét oldalon a tarkó felől sugárzik a fejtető felé, sokszor egészen a szemig. Az ideg kilépési pontja kifejezetten nyomásérzékeny, megnyomásával vagy a fej elfordításával a fájdalom provokálható. Sok esetben az ideg ellátási területének megfelelően hipesztézia, paresztézia vagy hiperesztézia is észlelhető.

ÖNÁLLÓ FEJFÁJÁSOK

A fejfájások túlnyomó többségének hátterében nem találunk a fejfájást magyarázó betegséget, azaz a fejfájással mint önálló betegséggel állunk szemben.

MIGRÉN

Az önálló fejfájások közül a legismertebb a migrén, előfordulása a teljes lakosságra vonatkoztatva 8–12%, de a 20–50 éves korú nők között 20–25%. A migrén rohamok for-

májában jelentkeznek, a köztes időszakban a betegek panasz- és tünetmentesek. A fájdalom általában féloldali, de lehet kétoldali is, lüktető vagy görcsös, hányinger, sokszor hányás, de legalább étvágytalanság, valamint a fények, hangok (sokszor a szagok) iránti túlérzékenység kíséri. A fej mozgatása (előrehajlás) vagy fizikai terhelés (pl. lépcsőn járás) a fájdalmat fokozza, ezért sok beteg a roham alatt az ágyból felkelni sem tud. Egy roham 4–72 óráig tart, ismétlődhet heti 2–3 alkalommal is, de néha csak évente néhány-szor fordul elő. A rohamok 20–25%-ában a fejfájást aura előzi meg: leggyakrabban látászavar (ami lehet látótérkiesés, pl. csóválás, de megjelenhetnek villogó pontok, fényes vonalak, csillag vagy gömb alakzatok), de előfordulhat végtagszibbadás, gyengeség, beszédzavar is. Az aura tünetei közül roham során több is kialakulhat egymás után vagy átfedéssel. Jellemzőjük, hogy mindig fokozatosan alakulnak ki és szűnnek meg, a fejfájás legfeljebb 1 óra múlva kezdődik. A migrénrohamok jelentkezhetnek spontán, de kiválthatja azokat fáradtság, stressz, időjárás-változás, rendszertelen evés/alvás, nőknél hormonális változások, esetleg egyes ételek/italok (pl. vörösbör).

CLUSTER FEJFÁJÁS

A cluster fejfájást a trigemino-autonóm fejfájások közé sorolják. Nem a gyakoriság, hanem az erős fájdalom és a sokszor látványos kísérő tünetek miatt érdemel említést. A fájdalom erősségét a gyermek-

szüléshez és a keresztrefeszítéshez szokták hasonlítani. Szintén rohamok formájában jelentkező fejfájásról van szó, de itt a rohamok sokkal rövidebbek (15–180 perc), viszont egy nap többször (akár nyolcszor is) ismétlődhetnek, gyakran éjszaka, általában ugyanabban az időpontban. A fájdalom szigorúan féloldali, szem körüli, és a fájdalom oldalán a kötőhártya belövelltsége, a szem könnyezése, részleges vagy teljes Horner-szindróma, a fájdalom oldalán az orrfél folyása vagy dugulása, az arc kipirulása, szemhéjödéma kísérheti. A betegek a roham során nyugtalanok, a migrénesekkel ellentétben nem tudnak fekvé maradni.

TENZIÓS FEJFÁJÁS

Ez a leggyakoribb fejfájás, viszont jóval ritkábban viszi orvoshoz a beteget. Ritka vagy gyakori epizódikus és krónikus formája ismeretes. A fájdalom tompa vagy feszítő, általában szimmetrikus tarkó- vagy homloktáji, máskor abroncsszerű vagy fejtető táji. Kísérő tünet nem jellemző, enyhe hányinger vagy foto-/fonofóbia előfordulhat. Nem a fejfájás erőssége miatt fordulnak orvoshoz a betegek, hanem az állandó, tompa fájdalom miatt, ami nem teszi lehetetlenné, viszont jelentősen megnehezíti a mindennapi feladatok ellátását.

TRIGEMINUS-NEURALGIA

Általában az idősebb kor betegsége, a fájdalom a n. trigeminus egy vagy több ágának megfelelően az arcra lokalizáló-

dik. Leggyakrabban a 2. és a 3. ág érintett. A fájdalom éles, villámcsapásszerű, másodpercekig tart, de sokszor egymás után ismétlődik. Jelentkezhet spontán is, de a bőr vagy a szájnálkahártya érintése, rágás, beszéd, huzat könnyen kiváltja. A fájdalom lehet olyan heves, hogy a beteg nem nyitja ki a száját, ezért sem folyadékot, sem táplálékot nem vesz magához, ami idősebb korban súlyos következményekkel járhat.



Levelezési cím:
afra@oiti.hu



Felhasznált irodalom:

1. Purdy A, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, eds. *Advanced Therapy of Headache*. Hamilton, BC Decker Inc., 2005
2. Bozsik Gy, Csanda E, Jelencsik I, Kovács K. *Fejfájás*. Bp., Literatura Medicina, 1994
3. Clinch CR. Evaluation of acute headaches in adults. *Amer Fam Phys* 2001;63:685–692
4. Duus P. *Topical diagnosis in neurology*. Stuttgart, Thieme, 1989
5. Hagen K, Stovner LJ, Vatten L, Holmen J, Zwart JA, Bovim G. Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22685 adults in Norway. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:463–466
6. *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd ed., beta version
7. Pásztor E, Vajda J. *Idegsebészet*. Bp., Medicina, 1995
8. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and other head pain*. New York, Oxford University Press, 2001

ELADÓ PRAXISJOG

BUDAPEST XIII. KERÜLETE FEJLESZTÉS ALATT ÁLLÓ RÉSZÉN 900 KÁRTYÁS PRAXISJOG ELADÓ.

A JÓL FELSZERELT RENDELŐBEN 2 VÉDŐNŐ ÉS KÉPZETT ASSZISZTENS DOLGOZIK.
A HELYETTESÍTÉS MEGOLDOTT. KÖZPONTI ÜGYELET VAN.

ÉRDEKLŐDNI A 06-20/536-0100, VAGY A 06-1/320-1019-ES TELEFONSZÁMOKON LEHET.